SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**63335-091983**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	**C.C.**	52.885.017	**IP/Nº de contacto**	3005014929
Correo electrónico contratista:	laurajohanna@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO SUDAMERIS COLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 90140459770

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5861523/2024 **Nº Compromiso SIIF** **26124**

Valor Total del Contrato	$ 32.598.479	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.598.479	**1**	**Del**	**02/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.316.694,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.281.785		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA MODALIDAD Y EL NIVEL DE LAS ESPECIALIDADES OFERTADAS POR EL CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLOG

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.316.694		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.316.694**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.289.236**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**74117986**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.726.678	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 215.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 276.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.079.173	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ 2.891.805	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ 431.669	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 122.980	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.289.236,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.824.494,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	36.945,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.279.749,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento, desarrollo y cierre de las siguientes fichas 2906681, 2906683, 2906684 y 2906684

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 diligenciados.

LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

NORMA CONSTANZA CASTELLANOS LOPEZ
PROFESIONAL 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

ELVIA ZORAIDA MARTIN MORA

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52885017	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	carrera 12 # 15-41 casa 13 Villas de Alcala	3202420968	LAURAJ.GONZALEZR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CHÍA		SI

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	
2024-01	2024-01	I	31/01/2024	74117986	$452.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	195.000	0		0		0	0	0	0	195.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	249.600	0	0	0	0	0	0		249.600	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	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	195.000	195.000
Pensión	1	249.600	249.600
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	452.800	452.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52885017	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	carrera 12 # 15-41 casa 13 Villas de Alcala	3202420968	LAURAJ.GONZALEZR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CHÍA		SI

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	
2024-01	2024-01	I	31/01/2024	74117986	$452.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52885017	GONZALEZ RINCON LAURA JOHANNA	59	0			N																	25-14	1.560.000	249.600	0	0	0	0	EPS005	1.560.000	195.000	14-23	1.560.000	1	8.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14715350386

(415)7707212489984(8020) 000001471535038 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 8 5 0 1 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 8 8 5 0 1 7	2 0 0 0 0 2 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	RINCON	LAURA	JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

41. Dirección principal: CR 12 15 41 CA 13

42. Correo electrónico: layis527@yahoo.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 0 9 0 7 2 1	8 5 4 1	2 0 1 3 0 1 1 7		8 5 4 2	8 5 4 3		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 10 - 05 / 22 : 01: 58

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 GONZALEZ RINCON LAURA JOHANNA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Validación de exámenes médicos ocupacionales - Sra. Laura Johanna Gonzalez Rincon

Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>

Vie 23/02/2024 17:23

Para:Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
CC:Yuliet Daniela Aros Romero <yaros@sena.edu.co>;Paola Amado Angulo <pamado@sena.edu.co>

Buenas tardes, respetada señora **Laura Johanna Gonzalez Rincón**

De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. Con el compromiso de presentar el nuevo concepto medico ocupacional completo, incluyendo **énfasis cardiovascular** validado con la cuenta de cobro del mes de marzo 2024.

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

De: Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
Enviado el: viernes, 23 de febrero de 2024 17:09
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Asunto: RE: Validación de exámenes ocupacionales

Muchas gracias, si señora, queda el compromiso de mi parte.

De: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Enviado: viernes, 23 de febrero de 2024 16:42
Para: Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
Asunto: RE: Validación de exámenes ocupacionales

Buenas tardes, Señora Laura.

Lo que puedo hacer es: Le valido hoy el examen que envió, pero con el compromiso que lo vuelva a presentar el concepto medico ocupacional completo, el próximo mes con la cuenta de cobro.

Quedo atenta

De: Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
Enviado el: viernes, 23 de febrero de 2024 16:13
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Asunto: RE: Validación de exámenes ocupacionales

Cordial saludo

Gracias por el concepto, debo tomármelos mañana en ayunas; ¿es posible que le comparta mañana mismo los exámenes y me pueda dar el visto bueno para poder subir mi cuenta de cobro?

Quedo atenta,

De: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Enviado: viernes, 23 de febrero de 2024 15:04
Para: Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
Asunto: Validación de exámenes ocupacionales

Buenas tardes, respetada señora Laura Johanna Gonzalez Rincon
De acuerdo con su solicitud, lamento informarle que NO es posible validar el exámen médico pre-ocupacional enviado porque está incompleto. Faltan el reporte de la realización del examen médico ocupacional con **énfasis cardiovascular.** Por tal razón, se recomienda volver a enviar el certificado médico ocupacional, donde se reporte la realización de todos los exámenes solicitados para el cargo.
Los exámenes que se solicitan para el cargo instructor son los siguientes:

1. Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y **cardiovascular**
2. Exámenes de laboratorio clínico (cuadro hemático, glicemia y perfil lipídico) Asistir en ayunas
3. Optometría
4. Psicosocial o Psicometría
5. Audiometría

Es importante tener en cuenta, que no se aceptan resultados con diversas fechas y/o por separados, todos los resultados deben estar relacionados en el mismo concepto médico ocupacional con la misma fecha.
Quedo atenta a cualquier inquietud.
Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

De: Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
Enviado el: viernes, 23 de febrero de 2024 11:13
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
CC: Norma Constanza Castellanos López <Ncastellanos@sena.edu.co>
Asunto: Validación de examenes ocupacionales

Cordial saludo
Estimada Edilma

Agradezco amablemente su apoyo con la validación de mis exámenes ocupacionales.

Gracias

Laura Johanna Gonzalez Rincon

Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías
- Contratista

ljgonzalezr@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500

Calle 52 No 13-65

@SENAcomunica
www.sena.edu.co

Edilma Silva Paez

Centro de Gestión de Mercados, Logíst. y Tecnol. de La Inf. - Auxiliar Enfermería G10

esilvap@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500 Ext:16943

Calle 52 No 13-65

@SENAcomunica www.sena.edu.co

Laura Johanna Gonzalez Rincon

Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías - Contratista

ljgonzalezr@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500

Calle 52 No 13-65

@SENAcomunica www.sena.edu.co

Edilma Silva Paez

Centro de Gestión de Mercados, Logíst. y Tecnol. de La Inf. - Auxiliar Enfermería G10

esilvap@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500 Ext:16943

Calle 52 No 13-65

@SENAcomunica www.sena.edu.co

Laura Johanna Gonzalez Rincon

Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías - Contratista

ljgonzalezr@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500

Calle 52 No 13-65

@SENAcomunica www.sena.edu.co

Edilma Silva Paez

Centro de Gestión de Mercados, Logíst. y Tecnol. de La Inf. - Auxiliar Enfermería G10
esilvap@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500 Ext:16943
Calle 52 No 13-65

@SENAcomunica www.sena.edu.co

Cendiatra

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL
(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 14/01/2022
EMPRESA: PARTICULAR/NORTE
NOMBRE: LAURA JOHANNA GONZALEZ
CÉDULA: 52885017
EDAD: 39 AÑOS CARGO: DOCENTE

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas. puntaje obtenido prueba de razonamiento lógico 5/5

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental. Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

Ps. Paula A. Torres
Especialista gerencia SST
Res 11175

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

prefixYVyGqt

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE 86	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86 - 65 , Barrio Polo Club
TELÉFONO	7680025 - 3904798	**EMAIL**	citas.norte86@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-01-14	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	Identificación CC	Nro 52885017		
Fecha de Nacimiento	1982-02-04	**Edad**	39	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2022-01-14 10:05:31	**Fecha Salida**	2022-01-14 11:47:32		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
PSICOMETRICO	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI
	Observaciones: CONTROL ANUAL
OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dr. RICARDO MORALES ORDOÑEZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA 4008 DE 2015

RICARDO MORALES ORDOÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC 52885017
Firma del trabajador

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/01/14
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE 86	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86 - 65 , Barrio Polo Club
TELÉFONO	7680025 - 3904798	**EMAIL**	citas.norte86@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-01-14	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	Identificación CC	Nro 52885017		
Fecha de Nacimiento	1982-02-04	**Edad**	39	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2022-01-14 10:14:00	**Fecha Salida**	2022-01-14 10:14:06		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO	
CIRUGIA OCULAR	SI	REFRACTIVA AO HACE 24 AÑOS.
GLAUCOMA	NO	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
ALERGIAS	NO	
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO	

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO
OTROS	U.C. 9 MESES. GAFAS PERMANENTES. RESEQUEDAD.

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
CON CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OI	20/20
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
CON CORRECCION OD	0.50 cm
CON CORRECCION OI	0.50 cm
CON CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	NO
SIN CORRECCION OI	NO
SIN CORRECCION AO	NO

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/01/14
www.cendiatra.com

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTOFORIA
CERCA	EXOFORIA
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	8
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	-2.00-0.50*0
DINAMICA	NO
CICLOPLEJIA	NO
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	N-2.00*180
DINAMICA	NO
CICLOPLEJIA	NO

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	NO
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
OBSERVACIONES	NO

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI	CONTINUAR GAFAS PERMANENTES.
CONTROL ANUAL	SI	
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO	
VALORACION OPTOMETRICA	NO	

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/01/14
www.cendiatra.com

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Henry Zárate Zára
Optómetra Esp. Salud Ocupacional
Reg. Prof. 2250/08
Lic. No. 023638/14

HENRY ALBERTO ZARATE ZARATE
RM: 80161938

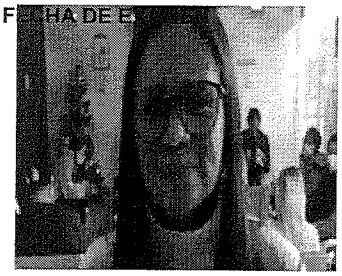
LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC 52885017

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/01/14
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE 86	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86 - 65 , Barrio Polo Club
TELÉFONO	7680025 - 3904798	**EMAIL**	citas.norte86@cendiatra.com
FECHA DE E	2022-01-14	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	Identificación CC	Nro 52885017		
Fecha de Nacimiento	1982-02-04	**Edad**	39	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2022-01-14 10:20:20	**Fecha Salida**	2022-01-14 10:20:45		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO	
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO	
ALTERACION DE LA AUDICION	SI	REFIERE DISMINUCION DE LA AUDICIÓN POSTERIOR A LAVADO ÓTICO HACE 8 AÑOS.
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO	
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO
DESCRIPCION	INSTRUCTOR

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	ASESORA
TIEMPO EN EL CARGO	9 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNO

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	CONTROL ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/01/14
www.cendiatra.com

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	ASESORA
TIEMPO EN EL CARGO	9 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNO

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	10
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	22.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

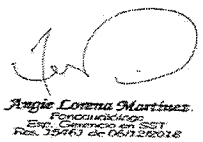
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	CONTROL ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

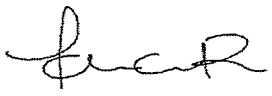
FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



ANGIE LORENA MARTINEZ INFANTE
RM: 1022344188
Firma y sello del médico evaluador



LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC 52885017
Firma del trabajador evaluado

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-01-14

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON		
Identificación	CC	**No. Documento**	52885017
Fecha de Nacimiento	1982-02-04	**Edad**	39 años 11 meses 10 dias
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR/NORTE
Fecha toma	2022-01-14 10:00:00	**Sede**	CENDIATRA NORTE 86

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	83	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126

ANALISIS

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	5.10	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	14.6	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	45.7	%	36.0-52.0%
VCM	89.6	fl	76-96fl
HCM	28.7	pg	27.0-32.0pg
CHCM	32.0	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	14.1	%	<15.0%
LEUCOCITOS	5.570	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	65.5	%	50-70%
LINFOCITOS	27.0	%	25-40%
MIXTAS	7.5	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	3.650	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	1.500	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	420	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	310.000	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	226	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	117	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	48	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	154.6	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-01-14

Pier Anyela Bermúdez Higuera
Bacterióloga U.C.M.C.
T.P. 1.013.640.277

PIER ANYELA BERMUDEZ HIGUERA
1013640277
Firma y sello del médico evaluador

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON** identificado con **CC** No. **52885017**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 13/08/2009 **Fecha de inicio de cobertura:** 09/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 14/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012550632.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 de febrero de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

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

T.I.	**1033111720**	**Maria Paz Ospina González**	**HIJO**
CC	**1000182681**	**Laura Sofia Acosta González**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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

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



_____

FIRMA
Nombre: Laura González Rincón
C.C. 52885017

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8604037212	BANCO GNB SUDAMERIS	101196691	334383482	13/12/2023

Razón Social: **UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y**

Usuario Pagador: **1000182681 Laura Sofia Acosta Gonzalez**

Descripción del Pago: **RECAUDO ACADÉMICOS**

Dirección IP: **186.99.241.148**

Total Pagado **$ 10,815,750.00**

Resumen Medios de Pago

No. Transacción	No. Autorización/CUS	Medio de Pago	Valor Pagado
101196691	334383482 APROBADA	BANCO GNB	$ 10,815,750.00

ecollect
Seguro para ti

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8604037212	**BANCO GNB SUDAMERIS**	**101196691**	**334383482**	**13/12/2023**

Resumen Factura

Descripción	Referencia	Valor Pagado
CxC Nro. 2023268281	2023268281	$ 10,815,750.00

ecollect
Seguro para ti