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)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**26337-199263**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR ALBERTO AZA DURAN	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.014.212.435	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	oscaraza06@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	80705738345
IP/Nº de contacto:	3102679891	**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 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6009017/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**45924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros del programa de Articulación con la educación media de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral, atendiendo las

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.189.500
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 40.933.750
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.724.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	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	**$ 4.465.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.469.450**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**75402131**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 303.333
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 38.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 48.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 1.600
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ 208.000	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 446.550	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 823.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 99.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.469.450,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
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 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.427.281,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1: Se planeo la formación de los aprendices en formación de las fichas: 2913361 Asistencia Administrativa 18 horas; 2913292 Servicios Comerciales y Financieros 42.40 horas; 2913249 Asistencia Administrativa 41.50 horas;2913258 Asistencia Administrativa 41.40 horas; otras actividades 16 horas

Obligación 2: Se diseñaron talleres y recursos evaluativos para desarrollar el proceso formativo de los aprendices de las diferentes fichas a cargo.

Obligación 3: Se realizo la inducción la inducción institucional de las fichas 2913361 Asistencia Administrativa 18 horas; 2913292 Servicios Comerciales y Financieros 42.40 horas; 2913249 Asistencia Administrativa 41.50 horas; 2913258 Asistencia Administrativa 41.40 horas; otras actividades 16 horas.

Oblgiación4:Se aplico diferentes métodos de aprendizaje tales como aprendizaje colaborativo,ejercicios desarrollado por los aprendices

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

OSCAR ALBERTO AZA DURAN
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,

HECTOR GONZALO ROMERO REY
INSTRUCTOR

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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	1014212435	OSCAR ALBERTO AZA DURAN	Calle 81 #102 - 60 Int 1 Apto 102	0000000	oscaraza06@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2024-02	2024-02	I	07/03/2024	75402131	$100.800	

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	43.400	0		0		0	0	0	0	43.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	55.500	0	0	0	0	0	0		55.500	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	1.900				1.900	0	0	1.900			19	1.900	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	43.400	43.400
Pensión	1	55.500	55.500
Riesgos Laborales	1	1.900	1.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	100.800	100.800

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	1014212435	OSCAR ALBERTO AZA DURAN	Calle 81 #102 - 60 Int 1 Apto 102	0000000	oscaraza06@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2024-02	2024-02	I	07/03/2024	75402131	$100.800	

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	Estornudo	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	1014212435	AZA DURAN OSCAR ALBERTO	59	0			N	X																230201	346.667	55.500	0	0	0	0	EPS005	346.667	43.400	14-23	346.667	1	1.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 1100117/5101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
Rx. QUÍMICA SANGUINEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no cruce su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros medicos autorizados por la Secretaria Distrital de Salud.



PERIODO DE ACTIVIDAD OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4116)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 31/12/21	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	OSCAR ALBERTO AZA DURAN		
CEDULA	1.014.212.435	TELEFONO O CELULAR	3102679891

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	SENA
CARGO	INSTRUCTOR

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES			
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO			
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		NO APTO			

RESULTADO EXAMENES	AUDIOMETRIA: NORMAL, VISIOMETRIA: NORMAL, ESPIROMETRIA: NORMAL.
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: TINNEL, PHANEL, JOBE, LASAGUE Y SIMMOND: NEGATIVO
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06)Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, gtc 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo.

PABLO HERNANDEZ
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

1014212435
FIRMA CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

Médico ocupacional
Gestión Integrada QHSE
LSO 5334/09

Visita nuestra pagina web: www.centromedicoolaya.com
Escribenos: centromedicolaya@gmail.com

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o firme a los facultativos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los examenes médico ocupacionales. ATENCIÓN, Falsedad en documento privado: El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. (Artículo 289 del Código penal Colombiano).

idime

ACREDITADO ONAC

ISO/IEC 15189:2012
20-LCL-001

24-E24-1159555

Fecha ingreso : 30/12/2021 02:33:28 PM
Fecha de muestra: 30/12/2021
Fecha impresion : 31/12/2021 12:08:56 AM

No. de Orden	:E24-1159555	No. Interno	:E24-1159555
Paciente	:AZA DURAN OSCAR ALBERTO	Edad	:31 a 5 m 26 d
Documento Id	:1014212435	Fecha Nacimiento	:04/07/1990
Empresa	:JULY ANDREA LEON BOADA	Sexo	:MASCULINO
Sede	:BOG REFERENCIA	Teléfono	:3102679891
E-Mail	:oscaraza06@gmail.com	No. Autoriza	:589034

EO%NEU**RBC**HGB**VMP**NRBC**MCH**WBC**PLAQ**VCM**NORMOB%**RDWSD**GRANINM%**BA**HCT**MO% Web**

HEMATOLOGÍA

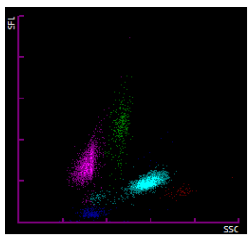
CUADRO HEMATICO Sangre Total

Mensurando dentro del alcance de acreditación

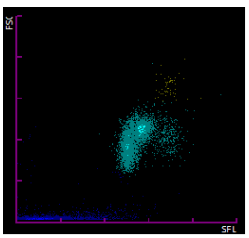
Examen		Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia		
LEUCOCITOS		6.68	10^3/uL	5	-	10
NEUTROFILOS %		53.3	%	50	-	62
LINFOCITOS %		38	%	25	-	40
EOSINOFILOS %		0.9	%	0	-	3
MONOCITOS %		6.7	%	3	-	7
BASOFILOS %		1	%	0	-	2
GRANULOCITOS INMADUROS%		0.1	%	0	-	0.43
NORMOBLASTOS%		0	%	0	-	0.2
NEUTROFILOS		3.55	10^3/uL	1.4	-	6.5
LINFOCITOS		2.54	10^3/uL	1.2	-	3.4
EOSINOFILOS		0.06	10^3/uL	0	-	0.7
MONOCITOS		0.45	10^3/uL	0	-	1.2
BASOFILOS		0.07	10^3/uL	0	-	0.2
GRANULOCITOS INMADUROS #		0.01	10^3/uL	0	-	0.03
NORMOBLASTOS #		0	10^3/uL	0	-	0.012
ERITROCITOS		5.83	10^6/uL	4.7	-	6.1
HEMOGLOBINA		17.4	g/dL	14	-	18
HEMATOCRITO		49.8	%	42	-	52
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA(HCM)		29.8	pg	26	-	34
CONCENTRACION Hb CORPUSCULAR MEDIA(MCHC)		34.9	g/dL	31	-	38
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA(RDW)		11.7	%	11.5	-	14.6
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA		37.3	fL	0	-	0
PLAQUETAS		278	10^3/uL	150	-	500
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO(VPM)	*	11.6	fL	4.69	-	10
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO(VCM)		85.4	fL	82	-	98

Tecnica: CITOMETRIA DE FLUJO

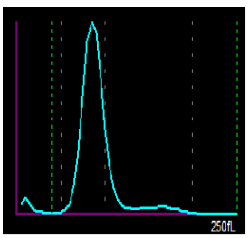
Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 31/12/2021 12:06 AM



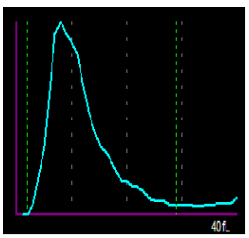
DIFF



WBC_BASO



RBC



PLAQUETAS

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo . -

ISO/IEC 15189:2012
20-LCL-001

24-E24-1159555

No. de Orden	E24-1159555	No. Interno	E24-1159555
Paciente	AZA DURAN OSCAR ALBERTO	Edad	31 a 5 m 26 d
Documento Id	1014212435	Fecha Nacimiento	04/07/1990
Empresa	JULY ANDREA LEON BOADA	Sexo	MASCULINO
Sede	BOG REFERENCIA	Teléfono	3102679891
E-Mail	oscaraza06@gmail.com	No. Autoriza	589034

EO%NEU**RBC**HGB**VMP**NRBC**MCH**WBC**PLAQ**VCM**NORMOB%**RDWSD**GRANINM%**BA**HCT**MO% Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia



LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Fase pre analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)
Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

BIOTEC LEON
Laboratorio Clínico
Calidad y precisión al servicio de su salud

RESULTADOS DE EXÁMENES

NOMBRE: OSCAR ALBERTO AZA DURAN
IDENTIFICACION: CC. 1.014.212.435
TELEFONO: 3102679891

FECHA: 30 DE DICIEMBRE 2021
EDAD: 31
CODIGO: 4961

QUIMICA SANGUINEA		
EXAMEN	**RESULTADO**	**VALOR DE REFERENCIA**
GLICEMIA PRE PRANDIAL	**95.7 mg/dL**	70 - 110 mg/dL
COLESTEROL TOTAL	**166.0 mg/dL**	Hasta 200 mg/dL OPTIMO DE 200 – 239 mg/dL MODERADO Mayor de 240 ELEVADO
COLESTEROL HDL	**60.7 mg/dL**	RIESGO CORONARIO: Menor de 35 mg/dL ELEVADO MAYOR DE 60mg/dL BAJO
COLESTEROL LDL	**60.3 mg/dL**	HASTA 140 mg/dL
TRIGLICERIDOS	**224.8 mg/dL ***	HASTA 150 mg/dL

Firma del profesional

JULY ANDREA LEÓN B.
BACTERIÓLOGA
T. P. 52933871
U.C.M.C.

DRA. JULY ANDREA LEON BOADA
T.P. 52.933.871 CNB
BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICA,
UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

***LA LECTURA, INTERPRETACION, DIAGONOSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTE Y TODO EXAMEN CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO**

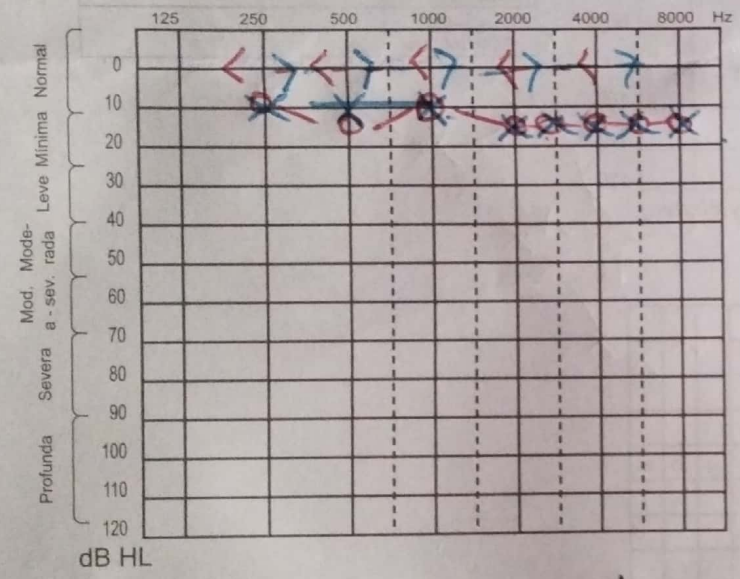
EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA

Fundación CINDA

CC 1014212435.

Nombre: Oscar Alberto Aza Duran Edad: 31 años (4-7-1990).
Remitido por: Santo Fecha: 20-11-2021.
Audióloga: Nuria Matos Equipos: Fonix
Otoscopia: O.D. normal O.I. normal
Antecedentes: Manifesta tinitus ocasional.

AUDIOMETRÍA TONAL



CONVENCIONES	O.D.	O.I.
Vía Aérea (V.A.)	O	X
Vía Ósea (V.O.)	<	>
V.A. Enmascarada	Δ	□
V.O. Enmascarada	[	]
V.O. Inespecífica	^	
V.O. Frontal	v	
Campo Libre (CL) sin Audíf.	CL	
CL con Audífono (s)	A	
CL con Implante	I	

PROMEDIO TONAL: O.D. 13 dB HTL O.I. 11 dB HTL

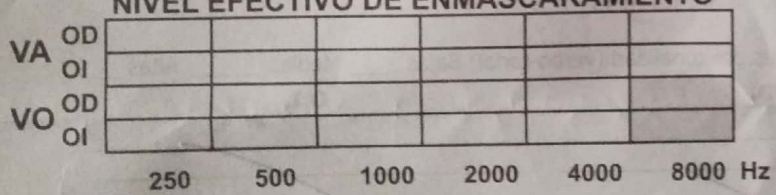
	250	500	1000	
O.D.				O.I.

WEBER

	O.D.	O.I.
250		
500		
1000		

RINNE

NIVEL EFECTIVO DE ENMASCARAMIENTO



CONFIABILIDAD

✓ Buena ____ Regular ____ Mala

	O.D.	O.I.
PTA/V.O.		
SAT		
SRT		
SD		
MCL		
UCL		
ROLLOVER		
NIVEL ENMASCARAMIENTO		

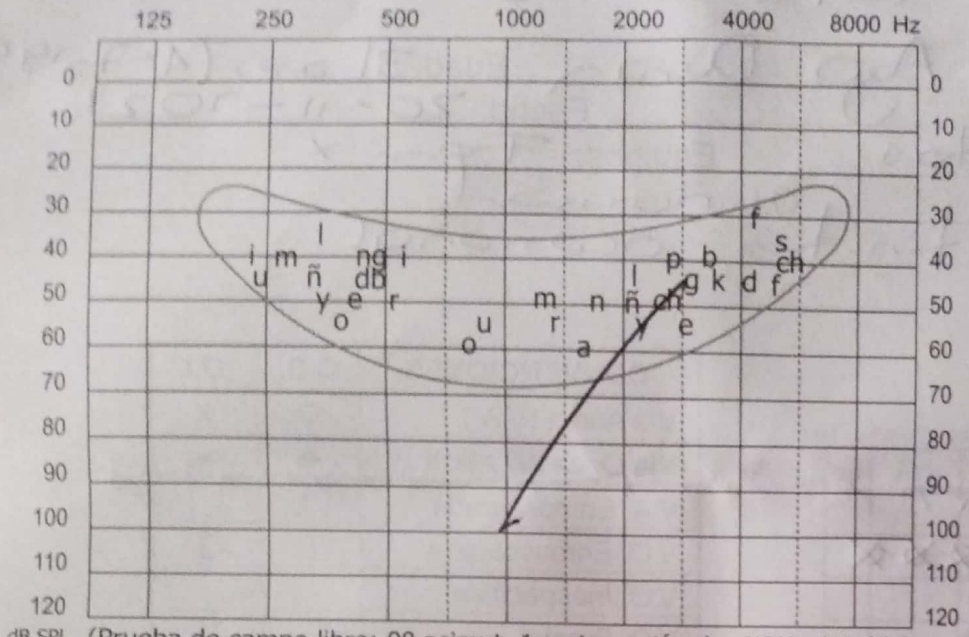
LOGO AUDIOMETRÍA



Escaneado con CamScanner

Fundación CINDA

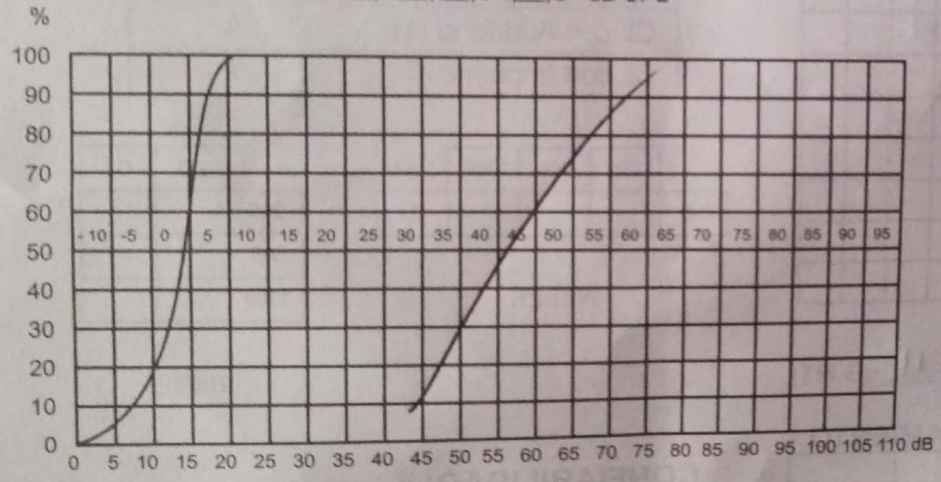
EVALUACIÓN CON AMPLIFICACIÓN
CAMPO LIBRE



Logotomas	CL dB SPL	OBSERVACIÓN
mu-mu 75-150-Hz		
bu-bu 150-300-Hz		
yo-yo 240-850-Hz		
la-la 600-1200-Hz		
ki-ki 1600-3200-Hz		
chi-chi 2400-4800-Hz		
si-si 4800-9600-Hz		

(Prueba de campo libre: 0º acimut, 1 metro, estímulos NBN y Warble)

Sonidos de LING: M__,U__,A__,I__,CH__,S dB SPL



Logoaudiometría en campo libre con amplificación / Lista de palabras por tonalidad (verbo-tonal) Bajas ____ Medias_____ Altas___

AMPLIFICACIÓN	O.D.	O.I.
REFERENCIA AUDÍFONO		
MOLDE		
IMPLANTE COCLEAR		
PROCESADOR		
SISTEMA FM		
OTRO SISTEMA		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Audiometría: Sensibilidad Auditiva Normal bilateral. CIE10 2011

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Control auditivo anual

AUDIÓLOGA

Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas
www.fundacioncinda.org E-mail:info@fundacioncinda.org
Calle 35 N° 17-24 Barrio Teusaquillo, Tels.: 288 1801 - 288 1802 - Cel.: 316 624 3334

Escaneado con CamScanner

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 27 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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

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

RC	1141362511	Martin Felipe Aza REstrepo	Hijo(a)

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,

_____
OSCAR ALBERTO AZA DURAN
C.C. 1014212435

PRIMER RESPONDIENTE
Gente que ayuda

La Secretaría Distrital de Salud - SDS, la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos - UAECOB y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

OSCAR ALBERTO AZA DURAN

CC 1014212435

Tomó el curso virtual gratuito *Primer Respondiente ¡Gente que ayuda!*

Nota: Esta constancia no acredita como instructor ni autoriza el desarrollo de actividades del sector salud

Bogotá D.C. 12 de Septiembre de 2023

SBI-20233275579769

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ