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 FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	940310
Fecha Elaboración	Febrero de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	54593-972958

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	INDIRA LIZETH HERNANDEZ RODRIGUEZ	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.010.202.843	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	lizeth_hernandez22@outlook.com	Número de Cuenta:	473870152351
IP/Nº de contacto:	3212635119	Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	NO

¿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

Nº del contrato:	7451545/2025	Nº Compromiso SIIF	17225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE RED INSTITUCIONAL DE ENSEÑANZA DE IDIOMAS PARA FOR

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	12/02/2025	Al	28/02/2025	Saldo Anterior del Contrato:	$ 47.681.597
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	$ 47.681.597
Valor Bruto Pago:		$ 2.759.706,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 44.921.891

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.759.706	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	$ 2.759.706	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.552.435	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		----------	0
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 7.500	$ 0
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		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 275.971	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 518.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.552.435,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.353.906,00	
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	22.739,00	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	$2.736.967,00	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó la ejecución de la formación y cierre de trimestre de los aprendices de las fichas de enfermería y salud oral

Se concertó la planeación de acuerdo a las características y necesidades de la fichas a asignar;teniendo en cuenta el lenguaje técnico

Se realizo la asistencia oportuna para recibir las instrucciones pertinentes y dar inicio a los procesos de formación

Se acompañó en el mes de febrero en el seguimiento en los procesos de formación a Aprendices y ejecutó planes de mejoramiento asignado

Se realizo la asistencia oportuna para recibir las instrucciones pertinentes y dar inicio a los procesos de formación

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

INDIRA LIZETH HERNANDEZ RODRIGUEZ
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 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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 Indira Lizeth Hernandez Rodriguez, identificado(a) con CC número 1010202843, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010202843
NOMBRES Y APELLIDOS	Indira Lizeth Hernandez Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	16/05/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	25/08/2008
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	461 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/12/2016
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1010202843 Trabajador Independiente Desde 03/02/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1010202843 INDIRA LIZETH HERNANDEZ RODRIGUEZ Desde 01/02/2024 Hasta 13/12/2024

Generado por interfaces 10/02/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) INDIRA LIZETH HERNANDEZ RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 1.010.202.843, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 29 de enero del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141098594711

(415)7707212489984(8020) 000014109859471 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 2 0 2 8 4 3	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 0 2 0 2 8 4 3	

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
HERNANDEZ	RODRIGUEZ	INDIRA	LIZETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
DG 4 A 18 A 15 BRR EDUARDO SANTOS

42. Correo electrónico lizeth_hernandez22@outlook.com

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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010202843
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INDIRA LIZETH HERNANDEZ RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 4A #18 A15	TELÉFONO:	2466565
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Formación académica no formal.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7952036021**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	diciembre
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		9			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/01/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1214201167

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	X															

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 124.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 124.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 97.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 97.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 15.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 15.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 4.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 4.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 240.300**
VALOR MORA:	**$ 1.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 241.800**

Planilla Pagada

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **INDIRA LIZETH HERNANDEZ RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **1010202843**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 20/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 12/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad 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): 202501012774717.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen: REGIMEN

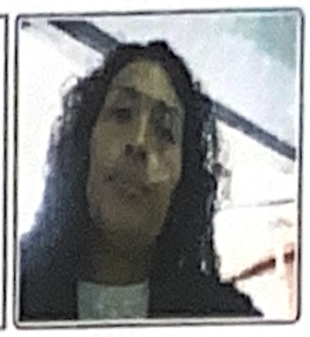
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000531499

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 27/01/2025 10:34:00

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: INDIRA LIZETH HERNANDEZ RODRIGUEZ **C.C** 1010202843

EDAD 32 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☐	Trigli ☐ Otros ☐
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☐		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ENFASIS MUSCULOESQUELETICO / VALORACIÓN PSICOLOGIA)

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL – NUTRICION EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Fabian S. Ramirez T.
(RM No. 252176)
Medico y Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
y Riesgos Laborales
Resolución S.O 255205 del 2015

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **27/01/2025**

Doc. Identidad **CC 1010202843** Nombre **INDIRA LIZETH HERNANDEZ RODRIGUEZ** Fecha Nacimiento. **16/05/1992**
Entidad **PARTICULAR** Edad **32 años** Ocupación **INSTRUCTOR**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa EXM OCUPACIONAL-VISIOMETRIA Cargo INSTRUCTOR Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn EPS E.P.S. SANITAS S.A. ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO ( ) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/20	20/20
OI				20/20	20/20
AO					

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

OD OI

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ( ) Pterigio N ( )
Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )
Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )
Ptosis palpebral ( ) Otros:

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ( ) Pterigio N ( )
Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )
Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )
Ptosis palpebral ( ) Otros:

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **ORTHO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **N** Versiones: **N** PPC: **4CMS**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	40 ARCO	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	(X)	(X)
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )

Otros:

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

Sindy Paola Rodriguez Suarez
C.C. 1022341071
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

SINDY PAOLA RODRIGUEZ SUAREZ
Especialidad:

Informe valoración psicológica – psicosocial

Fecha: 27 de enero de 2025	Empresa: Particular	Cargo: Instructor
Nombre: Indira Lizeth Hernández Rodríguez	CC: 1010202843	Edad:32 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Condiciones Extralaborales				X	
Condiciones intralaborales				X	
Sintomatología asociada al estrés					

Valoración del riesgo

Sin riesgo, No amerita desarrollar actividades de intervención, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de promoción.	
Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible	
Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud (Se recomienda realizar pausas activas e incluirlo en el programa de estrés y SST que tenga la compañía)	X
Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.	

Daniela Estefanía Gómez Avila
Esp. Psicología Ocupacional y Organizacional
Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Avila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

Dircc: CALLE 27 SUR No 19-07 Tel : 2784705

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 27/01/2025 10:15:02

Fecha 27/01/2025 09:22:00

Doc: **1010202843** Nombre : **INDIRA LIZETH HERNANDEZ RODRIGUEZ** Edad : **32 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
GLICEMIA BASAL				
RESULTADO	82	70	110	mg/dL

Bacteriologa
ZULAY PERNETH LAMEDA
BACTERIOLOGA LUZ
CC 1016110912

ZULAY KATHERINE PERNETH LAMEDA
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1016110912 RM:

ZULAY PERNETH L.
BACTERIOLOGA LUZ
C.C. 1016.110.912

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 28 de febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

T.I.	**1010202843** **1010848796**	**Paula Salome Sandoval Hernández** **Mario Alejandro Sandoval Hernández**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis

ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

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



_____

FIRMA
Nombre: Indira Lizeth Hernández Rodríguez
C.C. 1010202843

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1010843546

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43876345

43876345

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código**

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANDOVAL	HERNANDEZ

Nombre(s)

PAULA SALOME

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor H
Año 2012 Mes MAR Día 22	FEMENINO	PENDIENTE	

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA, D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO	1130243

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ RODRIGUEZ INGRID LILIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.010.2 2.843 DE Bogotá D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANDOVAL BUSTOS JORGE MARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.1.110.445.045 DE IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANDOVAL BUSTOS JORGE MARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C.1.110.445.045 DE IBAGUE TOLIMA	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2012 Mes ABR Día 12	JORGE [illegible] MOYANO
	Nombre y firma

IMPRESO POR BARRANJO S.A NIT. 860.013.715-5 16093 10-2013

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1010848796

Indicativo Serial 60736435

6073643 5

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 1 D

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 14 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANDOVAL	HERNANDEZ

Nombre(s)

MARIO ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes ENE Día 14	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15601963-0

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

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ RODRIGUEZ INDIRA LIZETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1010202843	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

SANDOVAL BUSTOS JORGE MARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1110445045	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANDOVAL BUSTOS JORGE MARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1110445045	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes ENE Día 21	CONSUELO SOTELO TRIANA (E)
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -