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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940410** |
| **Fecha Elaboración** | **19 de Febrero de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **31488-076042** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | GINA LICET MENDOZA MONTES | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 53.044.567 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | glmendoza@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 477900058694 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3165798036 | **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** | 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:** | 7432360/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **28525** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **14/02/2025 Al 28/02/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 46.761.694 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 46.761.694 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 2.453.072,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 44.308.622 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.453.072 | 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** | **$ 2.453.072** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.529.772** | **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** | | ---------- | **9479150434** |
| **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 | | $ - | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 510.000 | |
| 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 | 1.529.772,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.047.272,00 | |
| 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 | 19.777,00 | 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** | **$2.433.295,00** | |

**SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional(PEI) en el desarrollo de actividades formativas

2.Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas.

3.Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales.

4.Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estandares de calidad.

5.Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas.

6.Registrar las novedades en el sistema Sofí a Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de aprendizaje, registro de juicio de evaluación y eventos relacionadas con el proceso de Formación entre otros.

7.Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habilidades diversas(discapacidades, necesidades específicas de aprendizaje, entre otras), siguiendo los procedimientos establecidos.

**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

**GINA LICET MENDOZA MONTES**
**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,

**HAROLD IVAN MERA MARTINEZ**
**INSTRUCTOR G11**

**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**
**VIVIANA GOMEZ VARGAS**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

19/02/25 22:12:48 USUARIO: SIC - C.C. 53044567

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53044567 | | MENDOZA MONTES GINA LICET | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 24 # 7 - 22 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5510560 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1154283414 | 9479150434 | I | 2025/01/17 | 2024/12/26 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $403,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $6,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $6,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $6,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 53044567 | MENDOZA GINA | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS008 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | CCF24 | 30 | $1,300,000 | $26,000 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $6,800 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $6,800 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53044567 | | MENDOZA MONTES GINA LICET | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 24 # 7 - 22 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5510560 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1154283414 | 9479150434 | I | 2025/01/17 | 2024/12/26 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $403,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,800 | $0 | $0 | $6,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $6,800 | $0 | $0 | $6,800 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $403,300 | $0 | $0 | $403,300 |

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

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GINA LICET MENDOZA MONTES identificado(a) con Cedula Ciudadania 53044567, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20220511 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Febrero de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27925941

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GINA LICET MENDOZA MONTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **53044567,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de febrero de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14889384294

(415)7707212489984(8020) 000001488938429 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 3 0 4 4 5 6 7 | 6 | 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 | 5 3 0 4 4 5 6 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 |
|---|---|---|---|
| MENDOZA | MONTES | GINA | LICET |

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
CR 24 7 SUR 22

42. Correo electrónico gina22mendoza@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 5 5 1 0 5 6 0 | 3 1 6 5 7 9 8 0 3 6 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 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 1 5 0 7 3 0 | 8 5 4 1 | 2 0 1 3 1 0 2 4 | 8 5 6 0 | | |

## 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 | 2 | 2 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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:

Gina Licet Mendoza M.

984. Nombre MENDOZA MONTES GINA LICET

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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, **GINA LICET MENDOZA MONTES** identificado con **CC** No. **53044567**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 15/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**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): 202501012695509.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 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

## Hace constar:

Que el Sr(a) GINA LICET MENDOZA MONTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53044567 realizó el día 19/02/2025 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo GINA LICET MENDOZA MONTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53044567 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.

Gina Licet Mendoza M.

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) GINA LICET MENDOZA MONTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53044567 el día 19/02/2025 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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **19/02/2025**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GINA LICET MENDOZA MONTES** con **Cédula de Ciudadanía** número **53044567**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **477900058694** |
| Fecha de apertura | **24/10/2013** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: contactenos@cendiatra.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SEDE** | CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN** | Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes |
| **TELÉFONO** | 2826429 - 3424934 | **EMAIL** | citas.centro@cendiatra.com |
| **FECHA DE EXAMEN** | 2023-01-27 | **TIPO DE EXAMEN** | PREINGRESO |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | GINA LICET MENDOZA MONTES | | | Identificación CC | Nro 53044567 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1984-04-30 | **Edad** | 38 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | INSTRUCTORA - DOCENTE | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-01-27 07:15:37 | **Fecha Salida** | 2023-01-27 14:37:54 | | |

## EXAMENES

| | |
|---|---|
| ENFASIS CARDIOVASCULAR | 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: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

## RECOMENDACIONES

OTRAS: SI

Observaciones:
SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICA PARA CONTROL POR ALTERACIÓN METABÓLICA

## SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_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.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico Esp Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Lic/Res.1640-13-05-2022

**ADRIANA GABRIELA BUTRABI RIVEROS**
**RM: 35264898**
**Firma y sello del médico**

Gina Licet Mendoza M.

**GINA LICET MENDOZA MONTES**
**CC 53044567**
**Firma del trabajador**

Cendiatra

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification

**EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL**

**(EXAMEN PSICOMETRICO)**

FECHA: 27/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE: GINA LICET MENDOZA MONTES
CÉDULA: 53044567
EDAD: 38 CARGO: INSTRUCTORA – DOCENTE

**CARACTERISTICAS 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.

- Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

**OBSERVACIONES**

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.

Erika Camacho
Psicóloga T. P. 164612
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
No. 3897 de 12/04/2019

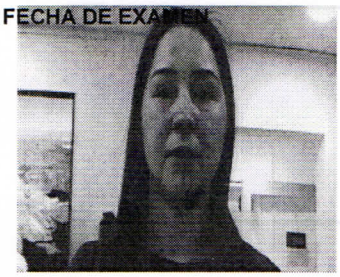
FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/27
www.cendiatra.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SEDE** | CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN** | Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes |
| **TELÉFONO** | 2826429 - 3424934 | **EMAIL** | citas.centro@cendiatra.com |
| **FECHA DE EXAMEN** | 2023-01-27 | **TIPO DE EXAMEN** | PREINGRESO |



**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | GINA LICET MENDOZA MONTES | | | Identificación CC | Nro 53044567 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1984-04-30 | **Edad** | 38 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | INSTRUCTORA - DOCENTE | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-01-27 07:09:24 | **Fecha Salida** | 2023-01-27 07:09:29 | | |

## DATOS EMPRESA

| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD ECONOMICA | ADMINISTRADORA DE EMPRESAS |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | |
|---|---|
| DIABETES | NO |
| CIRUGIA OCULAR | NO |
| 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 | ULTIMO EXAMEN VISUAL HACE 8 DIAS |

## AGUDEZA VISUAL

| | |
|---|---|
| **VISION LEJANA** | |
| SIN CORRECCION OD | 20/20 |
| SIN CORRECCION OI | 20/20 |
| SIN CORRECCION AO | 20/20 |
| **VISION PROXIMA** | |
| SIN CORRECCION OD | 0.50 cm |
| SIN CORRECCION OI | 0.50 cm |
| SIN CORRECCION AO | 0.50 cm |
| **ESTENOPEICO** | |

## EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/27
www.cendiatra.com

| | |
|---|---|
| OD | SANO |
| OI | SANO |

## COVER TEST

| | |
|---|---|
| LEJOS | ORTHO |
| CERCA | EXOFORIA |
| HIRSCHBERG | CENTRADO |
| P.P.C | 4 |
| MOTILIDAD OCULAR | NORMAL |

## QUERATOMETRIA

| | |
|---|---|
| OD | NO APLICA |
| OI | NO APLICA |

## OFTALMOSCOPIA

| | |
|---|---|
| OD | FONDO DE OJO SIN ALTERACION |
| OI | FONDO DE OJO SIN ALTERACION |

## REFRACCION

| | |
|---|---|
| **OJO DERECHO** | |
| ESTATICA | NO APLICA |
| DINAMICA | NO APLICA |
| CICLOPLEJIA | NO APLICA |
| **OJO IZQUIERDO** | |
| ESTATICA | NO APLICA |
| DINAMICA | NO APLICA |
| CICLOPLEJIA | NO APLICA |

## TEST ADICIONALES

| | |
|---|---|
| VISION CROMATICA | NORMAL |
| ESTERIOPSIS | NORMAL |
| TITMUS | NO |

**RX EN USO**

## DIAGNOSTICO

| | |
|---|---|
| DIAGNOSTICO 1 | Z010: Examen de ojos y de la visión |
| DIAGNOSTICO PATOLOGICO | EMETROPE |
| OBSERVACIONES | BUENA VISION AO, CONTROL ANUAL. SE RECOMIENDAN PAUSAS VISUALES EN FIJACION PROLONGADA. |

## RECOMENDACIONES

| | |
|---|---|
| REQUIERE FORMULA | NO |
| CONTROL ANUAL | NO |
| VALORACION OFTALMOLOGICA | NO |
| VALORACION OPTOMETRICA | NO |

## FORMULA OPTOMETRIA

| | |
|---|---|
| GENERAR FORMULA | NO |

## HISTORIA MANUAL

| | |
|---|---|
| FORMATO MANUAL | NO |

## FORMULA OPTOMETRIA

**OD**

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/27
www.cendiatra.com

**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.

Dra. Andrea Mendivelso Suárez
Optómetra U.El Bosque
T.P 1013603919
E F P TOZ

**ANDREA MENDIVELSO SUAREZ**
**RM: 1013603919**

**GINA LICET MENDOZA MONTES**
**CC 53044567**

Cendiatra

# REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

**Fecha entrega : 2023-01-27**

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | GINA LICET MENDOZA MONTES | | |
| **Identificación** | CC | **No. Documento** | 53044567 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1984-04-30 | **Edad** | 38 años 8 meses 27 dias |
| **Sexo** | F | **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL |
| **Fecha toma** | 2023-01-27 06:50:00 | **Sede** | CENDIATRA CENTRO |

## GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| RESULTADO | 87 | 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 | RESULTADO ANEXO | millones/mm3 | 4.0-5.5millones/mm3 |
| HEMOGLOBINA | . | g/dl | 12.0-17.4g/dl |
| HEMATOCRITO | . | % | 36.0-52.0% |
| VCM | . | fl | 76-96fl |
| HCM | . | pg | 27.0-32.0pg |
| CHCM | . | g/dl | 30.0-35.0g/dl |
| RDW | . | % | <15.0% |
| LEUCOCITOS | . | mm3 | 5.000-10.000mm3 |

### RECUENTO_DIFERENCIAL

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| GRANULOCITOS | . | % | 50-70% |
| LINFOCITOS | . | % | 25-40% |
| MIXTAS | . | % | 3-7% |

### RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| GRANULOCITOS | . | mm3 | 2.500-7.500mm3 |
| LINFOCITOS | . . | mm3 | 1.300-4.000mm3 |
| MIXTAS | . | mm3 | 150-750mm3 |

### RECUENTO_PLAQUETARIO

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

### ADJUNTO

### ADJUNTO

| TITULO | RESULTADO |
|---|---|

## COLESTEROL TOTAL

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| RESULTADO | 224 | 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 | 129 | 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 | 39 | mg/dl | Normal:>40 mg/dl |

## COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

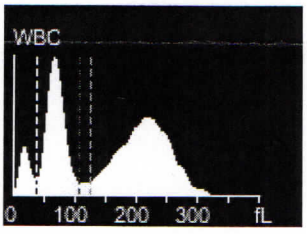
| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| RESULTADO | 159.2 | mg/dl | Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl |

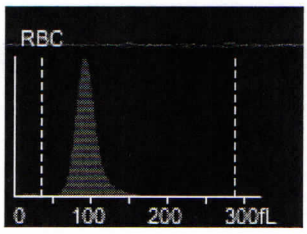
# HEMOGRAMA

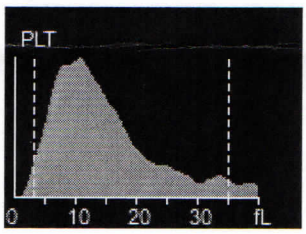
Cendiatra

Nombre: Gina licet
Apellido(s): Mendoza montes
Género: Mujer
ID de muestra: 53044567
Edad:
Hora del informe: 2023/01/27 10:40

| Parámetro | Resultado | Rango de ref. | Unidad |
|---|---|---|---|
| **1 WBC** | **6,49** | **3,50-9,50** | **10^9/L** |
| 2 Lym% | 35,9 | 20,0-50,0 | % |
| 3 Gran% | 62,2 | 50,0-70,0 | % |
| 4 Mid% | 1,9 ↓ | 3,0-9,0 | % |
| 5 Lym# | 2,33 | 1,10-3,20 | 10^9/L |
| 6 Gran# | 4,04 | 2,00-7,00 | 10^9/L |
| 7 Mid# | 0,12 | 0,10-0,90 | 10^9/L |
| **8 RBC** | **4,88** | **3,80-5,80** | **10^12/L** |
| 9 HGB | 15,1 | 11,5-17,5 | g/dL |
| 10 HCT | 44,9 | 35,0-50,0 | % |
| 11 MCV | 92,2 | 82,0-100,0 | fL |
| 12 MCH | 31,1 | 27,0-34,0 | pg |
| 13 MCHC | 33,7 | 31,6-35,4 | g/dL |
| 14 RDW-CV | 13,1 | 11,5-14,5 | % |
| 15 RDW-SD | 41,4 | 35,0-56,0 | fL |
| **16 PLT** | **259** | **125-350** | **10^9/L** |
| 17 MPV | 10,4 | 7,0-11,0 | fL |
| 18 PDW | 12,2 | 9,0-17,0 | fL |
| 19 PCT | 0,269 | 0,108-0,282 | % |
| 20 P-LCR | 29,5 | 11,0-45,0 | % |
| 21 P-LCC | 76 | 30-90 | 10^9/L |




Natalia

Dra. Natalia Ximena Cárdenas Páez
Bacteriologa Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
T.P:1013.642.792

**Calle 19 # 3-50**