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	**22 de Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**57542-201757**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DORA PATRICIA SIERRA VERGARA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	43.610.385	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dsierrav@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17418147121
IP/Nº de contacto:	16093	**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:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7424264/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**17125**	**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	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.528.280
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:	**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.622

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.658	Honorarios profesionales a persona NO declarante d	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.219.658**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.863.392**	**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		$ 321.966	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 621.000	
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	1.863.392,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.813.858,00	
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	27.182,00	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	**$3.192.476,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS 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, a
2. Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proc
3. Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, forma
4. Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, ef
5. Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para gru
6. Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas
7. Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a ha
8. Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Fo
9. Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversa

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

DORA PATRICIA SIERRA VERGARA
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,

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

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)

22/02/25 17:51:15 USUARIO: SIC - C.C. 43610385

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	43610385	DORA PATRICIA SIERRA VERGARA	Calle 77 D No. 107-45	8030608	patisierra@misena.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	05/12/2024	82388089	$377.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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
CC	43610385	DORA PATRICIA SIERRA VERGARA		Calle 77 D No. 107-45	8030608	patisierra@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2024-12	2024-12	I	05/12/2024	82388089	$377.300	

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	43610385	SIERRA VERGARA DORA PATRICIA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DORA PATRICIA SIERRA VERGARA identificado(a) con Cedula Ciudadania 43610385, 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
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

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
27966259

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DORA PATRICIA SIERRA VERGARA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **43610385,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2022** 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 22 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 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14626127144

(415)7707212489984(8020) **000001462612714 4**

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SIERRA	VERGARA	DORA	PATRICIA

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: CL 77 D 107 45 BRR GARCES NAVAS

42. Correo electrónico: paisa_dora@yahoo.es

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 4 1	2 0 0 7 0 5 0 1	8 5 4 2	2 0 0 7 0 5 0 1	7 4 9 0		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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

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, **DORA PATRICIA SIERRA VERGARA** identificado con **CC** No. **43610385**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **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): 202501012511835.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 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) DORA PATRICIA SIERRA VERGARA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43610385 realizó el día 22/02/2025 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 DORA PATRICIA SIERRA VERGARA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43610385 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) DORA PATRICIA SIERRA VERGARA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43610385 el día 22/02/2025 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

Certificado Bancario

Sábado, 22 de febrero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DORA PATRICIA SIERRA VERGARA identificado(a) con CC 43610385, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	17418147121	2014/01/13	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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

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

TI	1141119133	ANA MARIA RENTERIA SIERRA	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,



DORA PATRICIA SIERRA VERGARA
C.C. 43610385

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141119133

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41714618

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 67 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D T Y

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RENTERIA	SIERRA

Nombre(s): ANA MARIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes FEB Día 23	FEMENINO	O	(+)

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51743889-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SIERRA VERGARA DORA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA N° 43.610.385 DE MEDELLIN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RENTERIA MORENO ELKIN ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA N° 11.801.801 DE QUIBDO (CHOCO)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RENTERIA MORENO ELKIN ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA N° 11.801.801 DE QUIBDO (CHOCO)	X

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 2009 Mes FEB Día 26	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X Firma	Nombre y firma

NOTARÍA 67 BOGOTÁ, D.C. ALFONSO O'MEARA RESTREPO Notario E.

ELABORO: CESAR CAMILO VARGAS DÍAZ

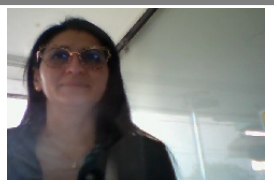
ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 14 FOLIO 164

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 43610385-78373

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28/01/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DORA PATRICIA SIERRA VERGARA	**Identificación:**	43610385
Género	FEMENINO **Edad:** 45	**Teléfono**	**Móvil:** 3165609733
Fecha Nacimiento:	26/02/1977	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CLLE 77 D -N 107 - 45	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	SENA		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRIA	DEBE USAR ANTEOJOS PROGRESIVOS PERMANENTES CON FILTROS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
GLICEMIA PRE-PRANDIAL	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA.
ANEXO CARDIOVASCULAR	EJERCICIO Y DIETA SALUDABLE
PRUEBA PSICOLOGIA 16 PF -5	No se encuentran rasgos que llamen la atención o que puedan generar dificultades para el cargo, sin observaciones adicionales.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: SANO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL	-	SVE

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.



KAREN YOHANA GARCIA PALACIOS

12860

Médico Especialista en Salud Laboral

DORA PATRICIA SIERRA VERGARA 43610385

Firma y cédula del Paciente

CONCEPTO PSICOTECNICO DE PERSONALDIAD 16PF-5

FECHA: 28 de enero de 2023.

IDENTIFICACION DEL EVALUADO.

NOMBRE: DORA PATRICIA SIERRA VERGARA

CC. 43.610.385

ANALISIS DE LA INFORMACION Y OBSERVACIONES.

EVALUACION FACTORES DE PERSONALIDAD 16-PF.

En la evaluación de personalidad se identifica que en su área intelectual posee pensamiento de tipo concreto, con razonamiento simple y poco elaborado, algo sobria y taciturna, de pensamiento en algunos aspectos tradicionalista en otros más liberales, en su área emocional presenta leve tendencias de neuroticismo, en general son manejables, en cuanto a su área social tiende a ser una persona introvertida, en el área de normas y valores tiende a ser recto, algo moralista, un poco persistente y juicioso, muestra buen desempeño laboral, con poca supervisión.

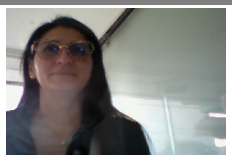
CONCEPTO: **No se encuentran rasgos que llamen la atención o que puedan generar dificultades para el cargo, sin observaciones adicionales.**

Atentamente;

Carlos Andrés Alarcon C.
Psicólogo Esp. Seguridad
y salud En el trabajo
Licencia No.16341 de 18/02/2022

CARLOS ANDRES ALARCON CELIS
PSICOLOGO ESP. MGSALUD

EXAMEN OPTOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	28/01/2023 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DORA PATRICIA SIERRA VERGARA	**Identificación:**	43610385
Género	FEMENINO **Edad:** 45	**Teléfono**	**Móvil:** 3165609733
Fecha Nacimiento:	26/02/1977	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CLLE 77 D -N 107 - 45	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	SENA		

EVALUACIÓN

Usa Computador : S **Horas al día : 8 HORAS** **Iluminación Artificial :** S **Iluminación Natural :** S Última Evaluación : 0

Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :** NO

Accidentes oculares:

Antecedentes Personales: NO REFIERE

Sintomatología : NO REFIERE

Cirugía ocular : N VE MAL DE CERCA, PRESENTA EL EXAMEN CON ANTEOJOS PROGRESIVOS EN USO

Usa Corrección S NO

PERMANENTES PROGRES+AR+ TR **¿Gafas? :** S **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
	Con Corrección	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
Lensometría	**Izquierdo : +0.25 SPH**		**Derecho : +0.50 -0.50 X 130**	**ADD : +1.00**

Examen Externo: NORMAL

Examen Motor: PPC: 8 CM

Oftalmoscopia: MEDIOS TRANSPARENTES

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: - OI:

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

Cie10: ASTIGMATISMO-H522
Cie10: PRESBICIA-H524
Cie10: -

Recomendaciones: DEBE USAR ANTEOJOS PROGRESIVOS PERMANENTES CON FILTROS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.

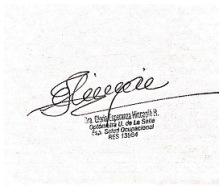
Diagnóstico: ASTIGMATISMO - PRESBICIA

Concepto:

Formula Final: OD: OI:

ADD : **Distancia Pupilar :**

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N Remitido: -





GLORIA ESPERANZA HINCAPIÉ RODRÍGUEZ 51646838

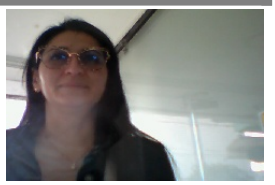
Profesional

DORA PATRICIA SIERRA VERGARA 43610385

Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

LABORATORIO CLÍNICO



Informe de Laboratorio: 78373

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 28/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: DORA PATRICIA SIERRA VERGARA
Género FEMENINO **Edad:** 45
Fecha Nacimiento: 26/02/1977
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CLLE 77 D -N 107 - 45
Empresa SENA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 43610385
Teléfono **Móvil:** 3165609733
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA PRE-PRANDIAL - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-28 07:54:06.5020	87 mg/dl	VR: 70 - 100 mg/dl	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-28 07:54:06.8260			REALIZADO
HEMATOCRITO	44 %		
HEMOGLOBINA	14.0 Gr%		
LEUCOCITOS	5.900 /mm		
V.S.G.	12 mm		
RECUENTO DIFERENCIAL.			
NEUTRÓFILOS	63 %		
LINFOCITOS	34 %		
EOSINOFILOS	1 %		
BASOFILOS			
CAYADOS.			
MONOCITOS	2 %		
RECUENTO DE PLAQUETAS	289.000 /mm	130.000 - 440.000 plaquetas por cc de sangre	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-28 07:54:08.9160	RAZON COLESTEROL/HDL:		REALIZADO
COLESTEROL TOTAL	152 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	49 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL	72 mg/dl	VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	158 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	

Dra. Luz Mabel García R.
Bacterióloga Laboratorista Clínica

LUZ MABEL GARCIA RODRIGUEZ -
Profesional

DORA PATRICIA SIERRA VERGARA 43610385
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE