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** | **24 de Febrero de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **21516-103051** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ARACELY CALDERON PARRA | **Banco a consignar:** | BANCO DE BOGOTA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 60.259.400 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | acalderonp@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 606241065 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3014399261 | **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** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿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** | SI |
| **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:** | 7426999/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **17725** | **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 | 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** | **$ 3.219.658** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.104.358** | **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 | | $ - | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 702.000 | |
| 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 | 2.104.358,00 | 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 implementacio n 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 con los proc
3. Entregar productos especí ficos segu n lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guí as, manuales, fo
4. Desarrollar actividades de apoyo en la formacio n profesional integral, garantizando la alineacio n con los esta ndares de calidad,
5. Colaborar en la planeacio n, ejecucio n y evaluacio n de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias especí ficas definidas para
6. Registrar las novedades en el sistema Sofí a Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creacio n de rut
7. Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activacio n de rutas de desercio n o rutas preventivas asociadas a
8. Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualizacio n en el sistema Sofí a Plus u otro dispuesto por el Centro de
9. Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeacio n de la formacio n, dirigidos a aprendices con habilidades diver

**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

**ARACELY CALDERON PARRA**
**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)**

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 | 60259400 | ARACELY CALDERON PARRA | KR 93 6 37 Barrio Ciudad Tintal Etapa IV | 2696348 | aracalfe@hotmail.es | |
| 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 | 02/01/2025 | 83024982 | $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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 60259400 | ARACELY CALDERON PARRA | KR 93 6 37 Barrio Ciudad Tintal Etapa IV | 2696348 | aracalfe@hotmail.es | |
| 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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 02/01/2025 | 83024982 | $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 | Economiado | 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 | 60259400 | CALDERON PARRA ARACELY | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 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) ARACELY CALDERON PARRA identificado(a) con Cedula Ciudadania 60259400, 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 |
|---|---|
| 20220706 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Febrero de 2.025

**Observaciones:**

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

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
27574229

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ARACELY CALDERON PARRA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **60.259.400**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.*

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14768431312

(415)7707212489984(8020) 000001476843131 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 0 2 5 9 4 0 0 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 6 0 2 5 9 4 0 0 | 1 9 9 2 0 3 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Pamplona 5 1 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CALDERON | PARRA | ARACELY | |

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 93 D 6 37 IN 16 AP 501

42. Correo electrónico: aracalfe@hotmail.es

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

## 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 1 | 2 0 1 4 0 2 0 1 | 8 5 4 2 | 2 0 1 4 0 2 0 1 | 8 5 3 0 | 8 2 1 1 | | 1 |

## 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 | 4 | 9 | 5 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 06 - 29 / 21 : 27: 57

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 CALDERON PARRA ARACELY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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, **ARACELY CALDERON PARRA** identificado con **CC** No. **60259400**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 11/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025<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): 202501012810723.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ARACELY CALDERON PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60259400 realizó el día 23/02/2025 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 ARACELY CALDERON PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60259400 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

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) ARACELY CALDERON PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60259400 el día 23/02/2025 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 de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ARACELY CALDERON PARRA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 60.259.400 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 606241065, abierta/o desde el 24/1/2021.

Se expide en Bogotá el día 23 del mes de Febrero del año 2025 con destino a: SENA



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

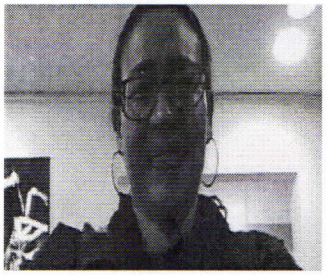
Cendiatra

# 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** | ARACELY CALDERON PARRA | | | Identificación CC | Nro 60259400 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1973-06-16 | **Edad** | 49 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | INSTRUCTORA - DOCENTE | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-01-27 07:51:06 | **Fecha Salida** | 2023-01-27 14:40:04 | | |

## 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

| | |
|---|---|
| NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA | SI |
| VALORACION OPTOMETRICA | SI |
| OTRAS: | NO PRESENTA |

## 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.

G. Teiruma Valbuena
C.C. 1026275864
Médico SST.
Lic. 9201 20/06/21

**GUDRID TEIRUMA VALBUENA VEGA**
**RM: 1026275864**
**Firma y sello del médico**

**ARACELY CALDERON PARRA**
**CC 60259400**
**Firma del trabajador**

Cendiatra

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification

**EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL**

**(EXAMEN PSICOMETRICO)**

FECHA: 27/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE: ARACELY CALDERON PARRA
CÉDULA: 60259400
EDAD: 49 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

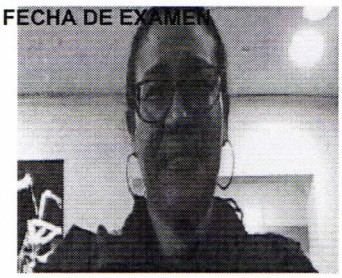
FIRMA DEL EVALUADOR: _____

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** | ARACELY CALDERON PARRA | | | Identificación CC | Nro 60259400 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1973-06-16 | **Edad** | 49 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | INSTRUCTORA - DOCENTE | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-01-27 08:01:53 | **Fecha Salida** | 2023-01-27 08:01:57 | | |

## DATOS EMPRESA

| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD ECONOMICA | DOCENTE |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | |
|---|---|
| DIABETES | NO |
| CIRUGIA OCULAR | NO |
| GLAUCOMA | NO |
| HIPERTENSION ARTERIAL | NO |
| ALERGIAS | NO |
| OTROS | HIPOTIROIDISMO EN TTO |
| PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN? | SI |

## 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 | UTILIZA CORRECCION VISUAL PERMANENTE ULTIMO RX HACE 1 AÑO ULTIMO EXAMEN VISUAL HACE 5 MESES |

## AGUDEZA VISUAL

| | |
|---|---|
| **VISION LEJANA** | |
| CON CORRECCION OD | 20/20 |
| CON CORRECCION OI | 20/25 |
| CON CORRECCION AO | 20/20 |
| **VISION PROXIMA** | |
| CON CORRECCION OD | 0.75 cm |
| CON CORRECCION OI | 0.75 cm |
| CON CORRECCION AO | 0.75 cm |
| **ESTENOPEICO** | |

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

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

## EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

| | |
|---|---|
| OD | HIPEREMIA |
| OI | HIPEREMIA |

## COVER TEST

| | |
|---|---|
| LEJOS | ORTHO |
| CERCA | EXOFORIA |
| HIRSCHBERG | CENTRADO |
| P.P.C | 7 |
| MOTILIDAD OCULAR | NORMAL |

## QUERATOMETRIA

| | |
|---|---|
| OD | 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

| | |
|---|---|
| TEST ADICIONALES | NO APLICA |
| VISION CROMATICA | NORMAL |
| ESTERIOPSIS | NORMAL |
| TITMUS | NO |

**RX EN USO**

## DIAGNOSTICO

| | |
|---|---|
| DIAGNOSTICO 1 | H521: Miopía |
| DIAGNOSTICO PATOLOGICO | H522: Astigmatismo |
| OBSERVACIONES | CONTINUAR EL USO PERMANENTE DE SUS LENTES, CONTROL ANUAL. SE RECOMIENDAN PAUSAS VISUALES EN FIJACION PROLONGADA. |

## RECOMENDACIONES

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

## FORMULA OPTOMETRIA

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

## HISTORIA MANUAL

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

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

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

**FORMULA OPTOMETRIA**

**OD**
**OI**
**ADICION**

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

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

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

E
F P
T O Z

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

**ARACELY CALDERON PARRA**
**CC 60259400**

Cendiatra

# REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

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

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | ARACELY CALDERON PARRA | | |
| **Identificación** | CC | **No. Documento** | 60259400 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1973-06-16 | **Edad** | 49 años 7 meses 11 dias |
| **Sexo** | F | **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL |
| **Fecha toma** | 2023-01-27 07:30:00 | **Sede** | CENDIATRA CENTRO |

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

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| RESULTADO | 97 | 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 | 240 | 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 | 154 | 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 | 37 | mg/dl | Normal:>40 mg/dl |

## COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

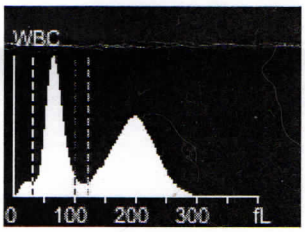
| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| RESULTADO | 172.2 | mg/dl | Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl |

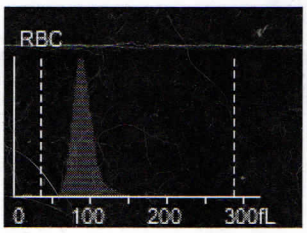
# HEMOGRAMA

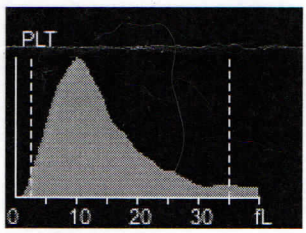
Cendiatra

Nombre: Aracely
Apellido(s): Calderon parra
Género: Mujer
ID de muestra: 60259400
Edad:
Hora del informe: 2023/01/27 10:34

| Parámetro | Resultado | | Rango de ref. | Unidad |
|---|---|---|---|---|
| **1 WBC** | **7,27** | | **3,50-9,50** | **10^9/L** |
| 2 Lym% | 39,6 | | 20,0-50,0 | % |
| 3 Gran% | 57,8 | | 50,0-70,0 | % |
| 4 Mid% | 2,6 | ↓ | 3,0-9,0 | % |
| 5 Lym# | 2,88 | | 1,10-3,20 | 10^9/L |
| 6 Gran# | 4,20 | | 2,00-7,00 | 10^9/L |
| 7 Mid# | 0,19 | | 0,10-0,90 | 10^9/L |
| **8 RBC** | **5,14** | | **3,80-5,80** | **10^12/L** |
| 9 HGB | 16,1 | | 11,5-17,5 | g/dL |
| 10 HCT | 45,5 | | 35,0-50,0 | % |
| 11 MCV | 88,5 | | 82,0-100,0 | fL |
| 12 MCH | 31,4 | | 27,0-34,0 | pg |
| 13 MCHC | 35,5 | ↑ | 31,6-35,4 | g/dL |
| 14 RDW-CV | 13,4 | | 11,5-14,5 | % |
| 15 RDW-SD | 40,4 | | 35,0-56,0 | fL |
| **16 PLT** | **296** | | **125-350** | **10^9/L** |
| 17 MPV | 10,0 | | 7,0-11,0 | fL |
| 18 PDW | 12,0 | | 9,0-17,0 | fL |
| 19 PCT | 0,296 | ↑ | 0,108-0,282 | % |
| 20 P-LCR | 27,7 | | 11,0-45,0 | % |
| 21 P-LCC | 82 | | 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**