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 DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**06821-767023**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	**Banco a consignar:**	BANCO SUDAMERIS COLOMB
Cédula de Ciudadanía	52.885.017	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	laurajohanna@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	90140459770
IP/Nº de contacto:		**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	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:	7458097/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**22325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO PEDAGOGÍA EN LA MODALIDAD

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**13/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.221.647
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.221.647
Valor Bruto Pago:	**$ 2.913.024,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.623

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.913.024	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	**$ 2.913.024**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.874.724**	**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		----------	**N/A**
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	$ 625.000	
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	1.874.724,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.507.224,00	
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	24.220,00	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	**$2.888.804,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asistencia a las capacitaciones de la Socialización Guía de orientaciones para la formación en Ambientes Virtuales de Aprendizaje-AVA-

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

LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
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,

JOHANY ANDRES CASALINAS GOMEZ
INSTRUCTOR G14

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

25/02/25 13:00:58 USUARIO: SIC - C.C. 52885017

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Laura Johanna Gonzalez Rincon, identificado(a) con CC número 52885017, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52885017
NOMBRES Y APELLIDOS	Laura Johanna Gonzalez Rincon
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	04/02/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	31/10/2001
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	629 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/01/2009
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52885017 Trabajador Independiente Desde 01/02/2025 - Vigente N.I.T. 800225340 UNIVERSIDADMILITAR NUEVA GRANADA Desde 20/01/2025 Hasta 31/01/2025N.I.T. 800116217 CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS Desde 09/09/2024 Hasta 31/12/2024CEDULA DE CIUDADANIA 52885017 LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON Desde 10/01/2023 Hasta 31/12/2024N.I.T. 800225340 UNIVERSIDADMILITAR NUEVA GRANADA Desde 23/07/2024 Hasta 30/11/2024N.I.T. 890307400 UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA Desde 12/08/2024 Hasta 14/08/2024N.I.T. 800116217 CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS Desde 13/07/2023 Hasta 07/07/2024N.I.T. 800225340 UNIVERSIDADMILITAR NUEVA GRANADA Desde 22/01/2024 Hasta 01/06/2024

Generado por interfaces 18/02/2025

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Laura Johanna Gonzalez Rincon, identificado(a) con CC número 52885017, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces 18/02/2025

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

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	52885017	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	carrera 12 # 15-41 casa 13 Villas de Alcala	3202420968	LAURAJ.GONZALEZR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CHÍA		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	
2025-01	2025-01	I	31/01/2025	83763692	$649.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	284.700	0		0		0	0	0	0	284.700	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	364.500	0	0	0	0	0	0		364.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

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	284.700	284.700
Pensión	1	364.500	364.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	649.200	649.200

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	52885017	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON		carrera 12 # 15-41 casa 13 Villas de Alcala	3202420968	LAURAJ.GONZALEZR@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	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**	
2025-01	2025-01	I	31/01/2025	83763692	$649.200	

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	52885017	GONZALEZ RINCON LAURA JOHANNA	3	0			N																	25-14	2.277.600	364.500	0	0	0	0	EPS005	2.277.600	284.700		0		0		0	0	0	0	0	0	0

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	52885017	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	carrera 12 # 15-41 casa 13 Villas de Alcala	3202420968	LAURAJ.GONZALEZR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CHÍA		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	26/12/2024	82446700	$103.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	44.700	0		0		0	0	0	0	44.700	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	57.200	0	0	0	0	0	0		57.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.900				1.900	0	0	1.900			19	1.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	44.700	44.700
Pensión	1	57.200	57.200
Riesgos Laborales	1	1.900	1.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	103.800	103.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	52885017	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON		carrera 12 # 15-41 casa 13 Villas de Alcala	3202420968	LAURAJ.GONZALEZR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA		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	26/12/2024	82446700	$103.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**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	52885017	GONZALEZ RINCON LAURA JOHANNA	59	0			N		X															25-14	357.244	57.200	0	0	0	0	EPS005	357.244	44.700	14-23	357.244	1	1.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14715350386

(415)7707212489984(8020) 000001471535038 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 8 5 0 1 7	1	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 2 8 8 5 0 1 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
GONZALEZ	RINCON	LAURA	JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

41. Dirección principal
CR 12 15 41 CA 13

42. Correo electrónico layis527@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 6 3 2 0 2 8	3 0 0 5 0 1 4 9 2 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 0 9 0 7 2 1	8 5 4 1	2 0 1 3 0 1 1 7		8 5 4 2	8 5 4 3		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ RINCON LAURA JOHANNA

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, **LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON** identificado con **CC** No. **52885017**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 20/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 02/02/2025 **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): 202501012732390.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 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



Validación Exámenes Pre-Ocupacionales

Se ha registrado tu respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Does this form look suspicious? Informe

Google Formularios

Validación de exámenes médicos pre-ocupacionales - Sra. Laura Johanna Gonzalez Rincon

Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>

Mar 12/03/2024 13:30

Para:Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
CC:Yuliet Daniela Aros Romero <yaros@sena.edu.co>;Paola Amado Angulo <pamado@sena.edu.co>

Buenas tardes, respetada instructora **Laura Johana Gonzalez Rincon**

De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual de instructor.

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

De: Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
Enviado el: martes, 12 de marzo de 2024 12:56
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
CC: Yuliet Daniela Aros Romero <yaros@sena.edu.co>; Paola Amado Angulo <pamado@sena.edu.co>
Asunto: RE: Validación de exámenes médicos ocupacionales - Sra. Laura Johanna Gonzalez Rincon

Adjunto parte del examen que no se adjunto en el correo anterior

---

De: Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
Enviado: martes, 12 de marzo de 2024 12:52
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Cc: Yuliet Daniela Aros Romero <yaros@sena.edu.co>; Paola Amado Angulo <pamado@sena.edu.co>
Asunto: RE: Validación de exámenes médicos ocupacionales - Sra. Laura Johanna Gonzalez Rincon

Cordial saludo
Estimada Edilma

Adjunto el examen médico pre-ocupacional con el ánimo de que sean validados para la presentación de cuenta de cobro mes Marzo.

Gracias,

De: Laura Johanna Gonzalez Rincon <ljgonzalezr@sena.edu.co>
Enviado: viernes, 23 de febrero de 2024 17:25
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Cc: Yuliet Daniela Aros Romero <yaros@sena.edu.co>; Paola Amado Angulo <pamado@sena.edu.co>
Asunto: RE: Validación de exámenes médicos ocupacionales - Sra. Laura Johanna Gonzalez Rincon

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ

DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra

CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA

TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664

EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
Fecha de nacimiento: 04/02/1982
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR

CC: 52885017
Edad: 42 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 07:45:42
Fecha salida: 2024-03-12 / 12:03:49



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- PSICOMETRICO
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
- EVALUACION DE VOZ
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN OPTOMETRICO
- ENFASIS CARDIOVASCULAR
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

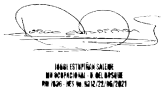
CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. 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 del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



JORGE ENRIQUE ESTUPIÑAN SALEME
RM: 7036
Firma y sello del médico



LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC: 52885017
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
Fecha de nacimiento: 04/02/1982
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR

CC: 52885017
Edad: 42 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 07:45:42
Fecha salida: 2024-03-12 / 12:03:49



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

JORGE ENRIQUE ESTUPIÑAN SALEME
RM: 7036
Firma y sello del médico

LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC: 52885017
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-03-12

CC: 52885017
Nombres y apellidos: LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
Fecha de nacimiento: 04/02/1982
Edad: 42 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 12/03/2024
Fecha salida: 12/03/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES:	NO	
CIRUGÍA OCULAR:	NO	
GLAUCOMA:	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO	
ALERGIAS:	NO	
OTROS:	NO	
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	SI	RX EN USO

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISIÓN BORROSA:	SI	MALA VL AO
ARDOR:	NO	
LAGRIMEO:	NO	
ENROJECIMIENTO:	NO	
PRURITO:	NO	
CEFALEA:	NO	
ASTENOPIA:	NO	
SALTO DE RENGLON:	NO	
FOTOFOBIA:	NO	
SECRECIÓN:	NO	
DOLOR OCULAR:	NO	
VISIÓN DOBLE:	NO	
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO	
MAREO:	NO	
VERTIGO:	NO	
MIODESOPSIAS:	NO	
OTROS:		

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/20
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/20
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/20

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:	
CON CORRECCION OD:	0.50 CM.
SIN CORRECCION OI:	
CON CORRECCION OI:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD: N
OI: N

COVER TEST

SECCIÓN 1
LEJOS:
CERCA:
HIRSCHBERG:
P.P.C:
MOTILIDAD OCULAR:

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1
OD QUERATOMETRÍA:
OI QUERATOMETRÍA:

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1
OD OFTAMOLSCOPIA: FON
OI OFTAMOLSCOPIA: FON

REFRACCÍON

OJO DERECHO
ESTÁTICA: -150-100*0
DINÁMICA:
CICLOPLEJÍA:
OJO IZQUIERDO
ESTÁTICA: -125-100*0
DINÁMICA:
CICLOPLEJÍA:

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1
TEXT ADICIONALES: NO
VISIÓN CROMÁTICA: NORMAL
ESTERIOPSIS: NORMAL
TITMUS: NO
RX EN USO
OD:
OI:

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1
DIAGNÓSTICO 1: ASTIGMATISMO
DIAGNÓSTICO 2: MIOPÍA
DIAGNÓSTICO 3:
DIAGNÓSTICO 4:
DIAGNÓSTICO 5:
OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1
REQUIERE FORMULA: SI RX EN USO
CONTROL ANUAL: SI
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA: NO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: NO

Dr. Luis Ricardo Gómez R.
C.C. 80.222.368
T.P. 3012
OPTOMETRA U.L.S

RICARDO GOMEZ
RM: 80222368
Firma y sello del médico

LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC: 52885017
Firma del paciente

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-03-12

CC: 52885017
Nombres y apellidos: LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
Fecha de nacimiento: 04/02/1982
Edad: 42 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 12/03/2024
Fecha salida: 12/03/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES OTOLOGICOS

SECCION 1

ENFERMEDAD DEL OIDO:	SI	REFIERE PERDIDA AUDITIVA DE OÍDO MEDIO EN OÍDO IZQUIERDO HACE APROX 8 AÑOS
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS:	NO	
ALTERACION DE LA AUDICION:	NO	
DOLOR DE OIDOS:	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES:	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS:	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS:	NO	
REALIZO POLIGONO:	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

SECCION 1

TIEMPO EN EL CARGO (PERIODICO O RETIRO):
DESCRIPCION (PERIODICO O RETIRO):
NIVEL DEL RUIDO (PERIODICO O RETIRO):
TIPO DE PROTECCION (PERIODICO O RETIRO):

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

SECCION 1

CARGO: NO REFIERE
TIEMPO EN EL CARGO:
NIVEL DEL RUIDO:
TIPO DE PROTECCION:

OTOSCOPIA

SECCION 1

OD: NORMAL
OI: NORMAL

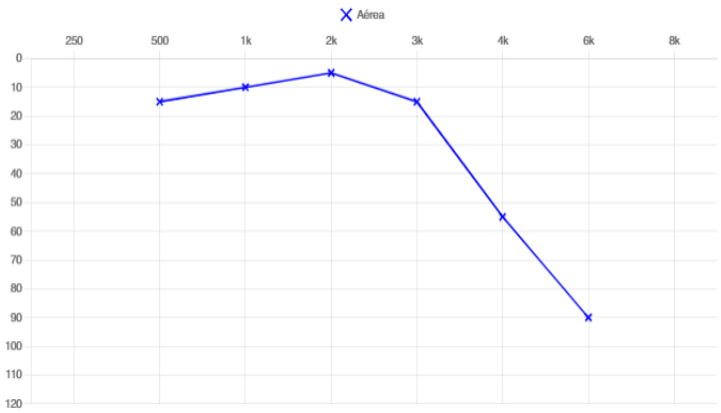
AUDIOGRAMA VIA AEREA

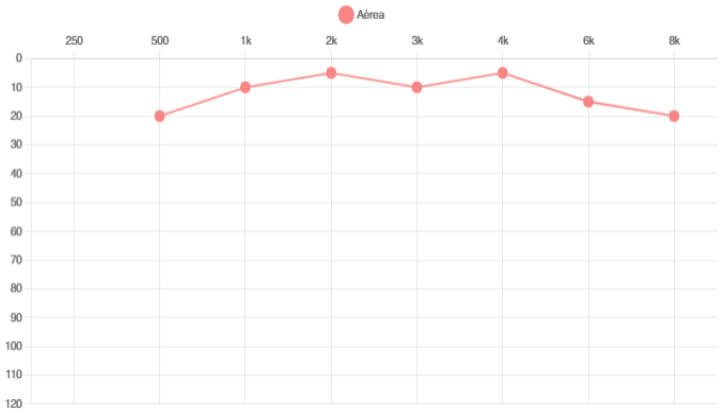
AUDIOGRAMA

AUDIOGRAMA VIA AEREA

AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO

AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO





	250	S.R	500	S.R	1K	S.R	2K	S.R	3K	S.R	4K	S.R	6K	S.R	8K	S.R
OD			20		10		5		10		5		15		20	
OI			15		10		5		15		55		90			✔

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NIVELES DE AUDICION NIOSH 126/1998

NORMAL 24 DB: BILATERAL
HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB:
HIPOACUSIA MODERADO 41-55 DB:
HIPOACUSIA MODERADO-SEVERA 56-70 DB:
HIPOACUSIA SEVERA 71-90 DB:
HIPOACUSIA PROFUNDA > 91 DB:
OBSERVACIONES: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD

DIAGNOSTICO

SECCION 1

DIAGNÓSTICO 1: EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN
DIAGNÓSTICO 2:

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

SECCION 1

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA:	NO	
CONTROL AUDITIVO EN:	SI	UN AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA:	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO:	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL:	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS:	NO	

LIZETH CAROLINA TUESTA CASTAÑEDA
RM: N/A
Firma y sello del médico

LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC: 52885017
Firma del paciente

EVALUACION DE VOZ

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-03-12

CC: 52885017
Nombres y apellidos: LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
Fecha de nacimiento: 04/02/1982
Edad: 42 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 12/03/2024
Fecha salida: 12/03/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES

SECCIÓN 1

HIPOACUSIA:	NO
REFLEJO GASTRO ESOFAGICO:	NO
ALERGIAS:	NO
DISFUNSIÓN TIROIDEA:	NO
DIABETES:	NO
USO DE FARMACOS:	NO
CIRUGIA DE LARINGE:	NO
OTROS:	NO

SINTOMAS VOCALES

SECCIÓN 1

RONQUERA:	NO
AFONÍA:	NO
FATIGA VOCAL:	NO
CARRASPERA:	NO
SEQUEDAD:	NO

TOS

TOS:	NO
SECA:	NO
PRODUCTIVA:	NO

HABITOS

SECCIÓN 1

GRITA:	NO	
FUMA:	NO	
CON QUE FRECUENCIA LO HACE:		
ALCOHOL:	SI	OCASIONAL
CAFE:	SI	2 TAZAS AL DÍA
ALIMENTOS CONDIMENTADOS:	SI	OCASIONAL
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA:	SI	TROTAR

EVALUACION OROFACIAL

ASPECTO ANATÓMICO

ORGANO FONOARTICULADORES:	NORMAL
NARIZ:	NORMAL
LABIOS:	NORMAL
LENGUA:	NORMAL
PALADAR:	NORMAL

ASPECTO FUNCIONAL

ORGANO FONOARTICULADORES:	NORMAL
NARIZ:	NORMAL
LABIOS:	NORMAL
LENGUA:	NORMAL
PALADAR:	NORMAL

RESPIRACIÓN

SECCIÓN 1

TIPO RESPIRATORIO:	COSTAL SUPERIOR
MODO RESPIRATORIO:	NASAL
COORDINACIÓN FONORESPIRATORIA:	ADECUADA

CUALIDADES FONOAUCUSTICAS

SECCIÓN 1

TONO:	NORMAL
INTENSIDAD:	NORMAL
TIMBRE:	NORMAL

PARAMETROS VOCALES

SECCIÓN 1

EMISIÓN:	DISFONIA
VELOCIDAD DE HABLA:	ADECUADA
RESONANCIA:	ADECUADA
FLUIDEZ:	ADECUADA

CALIFICACIÓN DE LA VOZ

SECCIÓN 1

CALIFICACIÓN DE LA VOZ:	NORMAL (ACEPTACIÓN ACÚSTICA DE LA VOZ AGRADABLE)

OBSERVACIONES

SECCIÓN 1

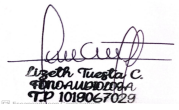
OBSERVACIONES:

-- VOICE REPORT FOR 1. SOUND 52885017 --
DATE: TUE MAR 12 07:32:01 2024
WARNING: SOME OF THE FOLLOWING MEASUREMENTS MAY BE IMPRECISE.
FOR MORE PRECISION, GO TO "PITCH SETTINGS" AND CHOOSE "OPTIMIZE FOR VOICE ANALYSIS".
SE EVIDENCIA VOZ SIN ALTERACIONES. PROCESO RESPIATORIO FUNCIONAL, DE TIPO COSTAL SUPERIOR Y MODO NASAL- NASAL. RESONANCIA ADECUADA, INTENSIDAD NORMAL DE LA VOZ. SIN PRESENCIA DE RONQUERA. TIEMPO MÁXIMO DE FONACIÓN DE 15 SEGUNDOS.
TIME RANGE OF SELECTION
FROM 5.799184 TO 9.665306 SECONDS (DURATION: 3.866122 SECONDS)
PITCH:
MEDIAN PITCH: 211.112 HZ
MEAN PITCH: 209.052 HZ
STANDARD DEVIATION: 5.907 HZ
MINIMUM PITCH: 187.592 HZ
MAXIMUM PITCH: 215.376 HZ
PULSES:
NUMBER OF PULSES: 808
NUMBER OF PERIODS: 807
MEAN PERIOD: 4.783301E-3 SECONDS
STANDARD DEVIATION OF PERIOD: 0.138651E-3 SECONDS
VOICING:
FRACTION OF LOCALLY UNVOICED FRAMES: 0 (0 / 387)
NUMBER OF VOICE BREAKS: 0
DEGREE OF VOICE BREAKS: 0 (0 SECONDS / 0 SECONDS)
JITTER:
JITTER (LOCAL): 0.263%
JITTER (LOCAL, ABSOLUTE): 12.562E-6 SECONDS
JITTER (RAP): 0.152%
JITTER (PPQ5): 0.157%
JITTER (DDP): 0.457%
SHIMMER:
SHIMMER (LOCAL): 4.850%
SHIMMER (LOCAL, DB): 0.436 DB
SHIMMER (APQ3): 2.704%
SHIMMER (APQ5): 3.001%
SHIMMER (APQ11): 3.743%
SHIMMER (DDA): 8.113%
HARMONICITY OF THE VOICED PARTS ONLY:
MEAN AUTOCORRELATION: 0.991981
MEAN NOISE-TO-HARMONICS RATIO: 0.008123
MEAN HARMONICS-TO-NOISE RATIO: 22.154 DB

CONDUCTA RECOMEDACIONES A SEGUIR

SECCIÓN 1

SE SUGIERE NUEVA VALORACION POR::	NO
INGERIR DIARIAMENTE LIQUIDO ANTES DE UN ESFUERZO VOCAL PROLONGADO:	SI
USAR UN TONO E INTENSIDAD DE VOZ ADUCUADA, SIN GRITAR, MURMURAR NI CARRASPEAR:	SI
EVITAR LAS COMIDAS PICANTES Y EL EXCESO DE ALCOHOL:	SI
VALORACION TERAPIA REPIRATORIA:	NO
MEDICO / ORL:	NO



LIZETH CAROLINA TUESTA CASTAÑEDA
RM: N/A
Firma y sello del médico



LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC: 52885017
Firma del paciente

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-03-12

CC: 52885017
Nombres y apellidos: LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
Fecha de nacimiento: 04/02/1982
Edad: 42 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 12/03/2024
Fecha salida: 12/03/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR:	NIEGA

EXAMEN FISICO

COLUMNA INSPECCION

POSTURA:	NORMAL
ALINEACION:	NORMAL
SIMETRIA:	NORMAL
ESCOLIOSIS:	NORMAL

COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES

OBSERVACIONES COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES:

EXTREMIDADES

HOMBRO:	NORMAL
BRAZO:	NORMAL
CODO:	NORMAL
ANTEBRAZO:	NORMAL
MANO:	NORMAL
DEDOS:	NORMAL
CADERAS:	NORMAL
RODILLAS:	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES:	NORMAL
CUELLO DE PIE:	NORMAL
PIE:	NORMAL

OBSERVACIONES EXTREMIDADES:

PRUEBAS ESPECIFICAS

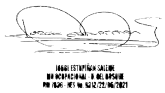
PRUEBAS ESPECIFICAS

DOMINANCIA:	DERECHA
PHALEN:	NEGATIVO
TINNEL:	NEGATIVO
FINKELSTEIN:	NEGATIVO
LASEGUE:	NEGATIVO
HAWKINS:	NEGATIVO
JOBS:	NEGATIVO
MILLS:	NEGATIVO
COZEN:	NEGATIVO

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:	AUMENTO ANORMAL DE PESO
DIAGNÓSTICO 3:	MIOPÍA
DIAGNÓSTICO 2:	ASTIGMATISMO
DIAGNÓSTICO 4:	



JORGE ENRIQUE ESTUPIÑAN SALEME
RM: 7036
Firma y sello del médico



LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC: 52885017
Firma del paciente

ENFASIS CARDIOVASCULAR

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-03-12

CC: 52885017
Nombres y apellidos: LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
Fecha de nacimiento: 04/02/1982
Edad: 42 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 12/03/2024
Fecha salida: 12/03/2024
Teléfono acompañante:



ENFERMEDAD ACTUAL

SECCIÓN 1

ENFERMEDAD ACTUAL:	PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICO.

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

SECCIÓN 1

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:	NIEGA

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO PARA DETECTAR PROBABLE ANGINA DE PECHO, INFARTO, CRISIS ISQUEMICA TRANSITORIA O ATAQUE CEREBRAL. SI RESPONDE NO, SIGA CON LA PREGUNTA NO. 8, SI CONTESTO SI, VAYA A LA SIGUIENTE PREGUNTA

1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO:	NO

SI EL/LA PACIENTE RESPONDIO SI A LA PREGUNTA 3,4,5,6 O 7 PUEDE TENER ANGINA DE PECHO O ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA Y DEBE SER EVALUADO POR EL MEDICO

2. SIENTE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO:	NO
3. SIENTE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO:	NO
4. SE SIENTE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA Y DISMINUYE EL RITMO:	NO
5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA:	NO
6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS:	NO
7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS:	NO

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 8 ES SI, EL/LA PACIENTE PUDO HABER SUFRIDO UN ACV O ICT Y NECESITA SER EVALUADO POR MEDICO.

8. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS: DIFICULTAD PARA HABLAR, DEBILIDAD EN EL BRAZO O PIERNA DE UN LADO DEL CUERPO O ADORMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO:	NO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

PESO:	60
TALLA:	1.54
IMC (M2):	25.30
CLASIFICACIÓN:	SOBREPESO
FC (MIN):	71.00
TA (MMHG):	103/80

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES:
OBSERVACIONES:



JORGE ENRIQUE ESTUPIÑAN SALEME
RM: 7036
Firma y sello del médico



LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC: 52885017
Firma del paciente

PSICOMETRICO

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-03-12

CC: 52885017
Nombres y apellidos: LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
Fecha de nacimiento: 04/02/1982
Edad: 42 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 12/03/2024
Fecha salida: 12/03/2024
Teléfono acompañante:



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA, SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS PACÍFICOS, CAUTELOSOS Y TESTARUDOS, PASIVOS EN ALGUNAS OCASIONES, CONTROLADORES, SIGUEN RUTINAS Y HÁBITOS ESTRUCTURADOS DE VIDA, EMOCIONALMENTE ESTABLES, PRODUCTIVOS, REFLEXIVOS Y CAPACES DE VOLVER A SUS OBJETIVOS A PESAR DE LAS DIFICULTADES.

OBSERVACIONES:

DE ACUERDO CON PRUEBA DE PERSONALIDAD REALIZADA A LA FECHA, NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS O COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS A ALTERACIONES EN LAS ESCALAS DE SALUD MENTAL.NO REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA

NOTA: ESTA PRUEBA CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:

PAULA A. TORRES
Psicóloga
Especialista Gerencia S.S.-T
Resolución 11175

PAULA ANDREA TORRES
RM: 53910169
Firma y sello del médico

LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
CC: 52885017
Firma del paciente

REPORTE PRUEBA MOTRIZ

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON
Documento de Identidad: CC 52885017

Edad: 43 AÑOS
Sexo: FEMENINO

II.-MOTIVO DE EVALUACIÓN: Ingreso

III.-PRUEBAS APLICADAS: Motriz
FECHA APLICACIÓN PRUEBA: 20 de Febrero 2025

V.-ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Ninguno

VI.- RESULTADOS

Al momento de la valoración, en su prueba motriz se evidencia adecuada coordinación visomanual, concentración y resistencia a la monotonía, propiocepción y sensibilidad. Marcha sin alteraciones.

VII.- CONCLUSIONES: Prueba motriz sin alteraciones

VIII.- RECOMENDACIONES

- Ninguna

Dra. Diana Rodriguez Jaimes
Medico Especialista en
Seguridad y Salud en el trabajo
RES 8791-RM. 52707728

EDILAB
SERVICE IPS

Examen No.	491		
Nombre	LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	**Cargo**	Administrativo
Identificacion	52885017	**Tipo vehiculo**	Automóvil
Grupo Sanguineo y RH	O+	**Servicio**	Particular
E-mail		**Empresa**	SENA
Direccion			
Tipo Licencia	B1		
Edad :	43 AÑOS		
Usa Lentes	Usa		



PRUEBA MOTRIZ

Atencion Concentrada y resistencia a la monotonia

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)
Max 0.88 Seg 0.66 Seg

Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)
Max 1 Seg 0.51 Seg

Numero de Errores
Max 5 Errores 1 Errores

Reacciones Multiples

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)
Max 1.43 Seg 0.66 Seg

Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)
Max 1.33 Seg 0.78 Seg

Numero de Errores
Max 8 Errores 3 Errores

Coordinacion Visomanual

Tiempo total en el error (TTE)
Max 46 Seg 3.8 Seg

Porcentaje de Error Sobre el Recorrido
Max 20% 6.33%

Numero de Errores
Max 14 Errores 3 Errores

Anticipacion a la velocidad

Tiempo medio de desviacion (Vel 1)
Max 1.40 Seg 0.12 Seg

Tiempo medio de desviacion (Vel 2)
Max 1.01 Seg 0.28 Seg

Reaccion al Frenado
Max 0.60 Seg 0.45 Seg

FECHA DE LA PRUEBA 2025-02-20 08:58:23.0 **NUMERO DEL EXAMEN** 491

OBSERVACIONES

Sin restriciones

FIRMA USUARIO **FIRMA OPERADOR**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 de febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Bogotá

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

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

T.I.	**1033111720**	**María Paz Ospina González**	**HIJO**
C.C	**1000182681**	**Laura Sofia Acosta González**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

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



_____

FIRMA

Nombre: __Laura Johanna González Rincón_____

C.C. ____52885017_____

ORDEN DE MATRÍCULA

Nit: 860403721-2 CALLE 222 No.54-37

Resolución MEN 7392 del 20 de mayo de 1983. Sujeta a inspección y vigilancia del Ministerio de Educación Nacional.

RECIBO PAGO No.: 2024324815

Nombre: ACOSTA GONZÁLEZ, LAURA SOFIA **Nº Identificación:** 1000182681 **Teléfono:** 0318843905	MH1T MEDICINA **Dirección:** CRA12#15-41	**Período:** 2025-1S **Fecha exped:** 09/12/2024

CÓDIGO	CONCEPTO	NATUR.	VALOR
C-5100	Matricula Académica	+	$17,380,000
	VALOR TOTAL		$17,380,000

SELLO DEL BANCO
COPIA ALUMNO

ALUMNO

Pago ordinario sin incremento		**Hasta**	24/01/2025	**Valor**	$17,380,000
Pago ordinario con incremento	3%	**Hasta**	31/01/2025	**Valor**	$17,901,400

Realice el pago de su matrícula antes de las 3:00 p.m. del día de vencimiento en: Banco Popular, AV Villas, Occidente, BBVA, Bogotá, Davivienda o mediante portal PSE. Nota1: Los valores pecuniarios 2025 podrán cambiar según determinación del Consejo Directivo o Entidades del Gobierno Nacional. Nota2: La matrícula se consolida al realizar el proceso financiero, según sea el caso. De contado: pago del 100%, ICETEX: primera vez, con estado "aprobado", Renovación con estado "actualización datos". Financiación institucional: Pago cuota inicial y firma del pagaré, Cesantías: giro del fondo y soporte en la unidad de Tesorería.Nota3: Un pago parcial no legaliza la matrícula. Nota4: Los descuentos no son acumulables. Nota5: Los derechos de inscripción y cancelación de matrícula no son reembolsables (Acuerdo 459/19)

ORDEN DE MATRÍCULA

Nit: 860403721-2 CALLE 222 No.54-37

Resolución MEN 7392 del 20 de mayo de 1983. Sujeta a inspección y vigilancia del Ministerio de Educación Nacional.

RECIBO PAGO No.: 2024324815

Nombre: ACOSTA GONZÁLEZ, LAURA SOFIA **Nº Identificación:** 1000182681 **Teléfono:** 0318843905	MH1T MEDICINA **Dirección:** CRA12#15-41	**Período:** 2025-1S **Fecha exped:** 09/12/2024

Pago ordinario sin incremento	$17,380,000	**Hasta**	24/01/2025	**Mar.X**	

(415)7709998002784(8020)2024324815(3900)0017380000(96)20250124

Pago ordinario con incremento	3%	$17,901,400	**Hasta**	31/01/2025	**Mar.X**

(415)7709998002784(8020)2024324815(3900)0017901400(96)20250131

CÓDIGO	Nº DE CHEQUE	VALOR
TOTAL CHEQUES		
EFECTIVO		
TOTAL PAGADO		

SELLO DEL BANCO
COPIA BANCO

BANCO

Bancolombia

NIT 890.903.938-8 D.V 8

CERTIFICADO TRIBUTARIO CRÉDITO HIPOTECARIO

Fecha de Expedición			Año Gravable
Día	Mes	Año	
17	02	2025	**2024**

Agente Retenedor	NIT	DIV
Bancolombia S.A	890.903.938	8
Dirección	**Municipio**	**Departamento**
Carrera 48# 26-85 Torre Norte Piso 1	Medellín	Antioquia

DEUDORES

Nombre	Cédula o Nit
LAURA JOHANNA GONZALEZ RINCON	52885017
ANDRES MAURICIO CORTES LIZARAZO	1020761357

Información del Crédito	Número de Obligación	Fecha de Entrega			Fecha Vto. Definitvo			Línea de Crédito	Destinación del Préstamo
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
	90000206548	30	08	2022	30	08	2042	PESOS	VIVIENDA

Información sobre saldos del crédito

Monto Original del Préstamo	Saldo a:				Saldo a:			
	Día	Mes	Año	Valor	Día	Mes	Año	Valor
$ 115,000,000.00	31	12	2023	$ 112,502,821.00	31	12	2024	$ 110,344,571.00

Información sobre Pagos

Conceptos	Valores pagados en pesos
Capital	$ 2,157,081.00
Intereses Corrientes	$ 11,225,935.00
Interés de Mora	$ 217.00
Corrección U.V.R.	$ 0.00
Otros Conceptos	$ 0.00
VALOR TOTAL DEDUCIBLE	**$ 11,226,152.00**

Gravamen a los Movimientos Financieros "GMF" (4X1000)	Base Gravable	Valor Gravamen
	$ 0.00	$ 0.00

Ciudad dónde se consignó el Gravamen a los Movimientos Financieros	**BOGOTA**

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 del D.R. 836 de 1991.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO