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** | **Febrero de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **68498-091486** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA | **Banco a consignar:** | AV VILLAS |
| **Cédula de Ciudadanía** | 53.030.952 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | kjbanguerov@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 677793213 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3212180291 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2024** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 7432919/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **14125** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 7 |

| | |
|---|---|
| **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:** | $ 27.597.066 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 27.597.066 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.219.658,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 24.377.408 |

## 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** | **$ 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% | $ 22.949.039 | $ 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

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, alin
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proceso
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efici
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habil
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Forma
Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversas (

**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

**KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA**
**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,

**LUIS ALEJANDRO ZARTA BAUTISTA**
**PROFESIONAL G01(E)**

**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)**

24/02/25 21:51:32 USUARIO: SIC - C.C. 53030952

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53030952 | | BANGUERO VELANDIA KAROL YULIETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 94 No, 87 - 80 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6230342 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1155190412 | 9479437487 | I | 2025/01/15 | 2024/12/27 | BANCO AV VILLAS | 0 | $377,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 53030952 | BANGUERO KAROL | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $6,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | **$1,300,000** | **$208,000** | | | **$1,300,000** | **$162,500** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,300,000** | **$6,800** | | **$0** | **$0** |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,800 | $0 | $0 | $6,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $6,800 | $0 | $0 | $6,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $377,300 | $0 | $0 | $377,300 |

# 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 Karol Yulieth Banguero Velandia, identificado(a) con CC número 53030952, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 53030952 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Karol Yulieth Banguero Velandia |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 14/05/1985 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/08/2023 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/08/2023 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 53030952 KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA Desde 01/01/2024 - Vigente

Generado por interfaces 22/02/2025

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

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **53030952,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2018** 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

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, **KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA** identificado con **CC** No. **53030952**, 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<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 10/09/2025<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): 202501012806260.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141082045863

(415)7707212489984(8020) 000014108204586 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 3 0 3 0 9 5 2 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| 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 |
|---|---|---|---|
| BANGUERO | VELANDIA | KAROL | YULIETH |

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 108 22 I 08

42. Correo electrónico gaokarolito@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 7 8 4 5 8 9 2 | 3 2 1 2 1 8 0 2 9 1 |

## 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 2 | 2 0 1 4 0 8 0 5 | 8 5 4 1 | 2 0 1 4 0 8 0 5 | 8 2 9 9 | | |

### 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

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
**Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 677793213**

El Banco AV Villas certifica que: **Karol Yulieth Banguero Velandia**
identificada con el documento No. 53030952, tiene en la oficina CTRO CCIAL TINTAL (677) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 677793213 desde el 11 de febrero de 2014.

Fecha de expedición: 24/02/2025

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53030952 realizó el día 21/02/2025 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 KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53030952 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) KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53030952 el día 21/02/2025 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

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 | 1233502369 | LUCIANA RAMOS BANGUERO | Hijo(a) |

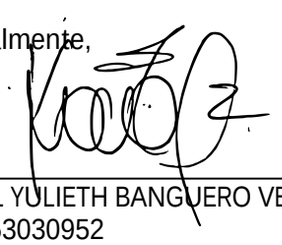
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA
C.C. 53030952

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1.233.502.369

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** **57112319**

**57112319**

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

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

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR KENNEDY SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RAMOS | BANGUERO |

**Nombre(s)**

LUCIANA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2016 Mes DIC Día 03 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 13878450-5 |

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

**Apellidos y nombres completos**

BANGUERO VELANDIA KAROL YULIETH

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 53.030.952 | COLOMBIA |

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

**Apellidos y nombres completos**

RAMOS MORA HILMER ELIECID

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 80.006.908 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

RAMOS MORA HILMER ELIECID

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 80.006.908 | |

**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 2016 Mes DIC Día 12 | CLARA MARCELA VARGAS ASCENCIO |
| | Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

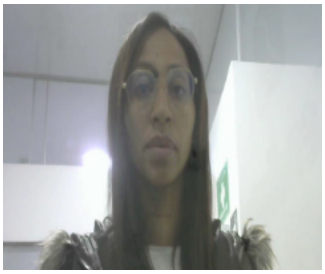
LITOGRAFIA DINAMICA

# 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 ZONA FRANCA | **DIRECCIÓN** | Carrera 106 No. 15 A - 25 Manzana 24 Edificio Bussines Center Off 408 |
| **TELÉFONO** | 7443001 | **EMAIL** | citas.zonafranca@cendiatra.com |
| **FECHA DE EXAMEN** | 2023-01-27 | **TIPO DE EXAMEN** | PREINGRESO |

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA | Identificación CC | Nro 53030952 | | |
| **Fecha de Nacimiento** | 1985-05-14 | **Edad** | 37 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | CLIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | INSTRUCTOR | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-01-27 09:56:58 | **Fecha Salida** | 2023-01-27 09:59:50 | | |

**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

| | |
|---|---|
| VALORACION OPTOMETRICA | SI<br>Observaciones:<br>CONTROL ANUAL EPS. |
| OTRAS: | SI<br>Observaciones:<br>SE DAN RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD, HIGIENE POSTURAL, HÀBITOS DE VIDA SALUDABLES, UTILIZAR EPP DE ACUERDO A CARGO, SEGUIR LINEAMIENTOS DE SG SST DE LA EMPRESA. |

## SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

| | |
|---|---|
| CONDICION VISUAL | SI |
| 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.

Dr. Franco Iván Pedraza A.
Especialista en Salud Ocupacional.
L.S.O. 6308 15/05/18
RM 91518531

**Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203**
**Teléfono: (57 1) 7443001**
**Web: www.cendiatra.com**
**Email: contactenos@cendiatra.com**

**FRANCO IVAN PEDRAZA A.**
**RM: 91518531**
**Firma y sello del médico**

**KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA**
**CC 53030952**
**Firma del trabajador**

# EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/28
www.cendiatra.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SEDE** | CENDIATRA ZONA FRANCA | **DIRECCIÓN** | Carrera 106 No. 15 A - 25 Manzana 24 Edificio Bussines Center Off 408 |
| **TELÉFONO** | 7443001 | **EMAIL** | citas.zonafranca@cendiatra.com |
| **FECHA DE EXAMEN** | 2023-01-27 | **TIPO DE EXAMEN** | PREINGRESO |



**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA | Identificación CC | Nro 53030952 | | |
| **Fecha de Nacimiento** | 1985-05-14 | **Edad** | 37 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | CLIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | INSTRUCTOR | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-01-27 09:46:08 | **Fecha Salida** | 2023-01-27 09:46:16 | | |

## DATOS EMPRESA

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | |
|---|---|
| DIABETES | NO |
| CIRUGIA OCULAR | NO |
| GLAUCOMA | NO |
| HIPERTENSION ARTERIAL | NO |
| ALERGIAS | NO |
| 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 | USA RX DESDE LOS 11 AÑOS ÚLTIMA RX 1 AÑO. RX USO PERMANENTE |

## AGUDEZA VISUAL

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

## EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

| | |
|---|---|
| OD | NORMAL |
| OI | NORMAL |

## COVER TEST

| | |
|---|---|
| LEJOS | ORTOFORIA |
| CERCA | EXOFORIA |
| HIRSCHBERG | CENTRADO |
| MOTILIDAD OCULAR | NORMAL |

## QUERATOMETRIA

## OFTALMOSCOPIA

| | |
|---|---|
| OD | FO APARENTEMENTE NORMAL |
| OI | FO APARENTEMENTE NORMAL |

## REFRACCION

| | |
|---|---|
| **OJO DERECHO** | |
| ESTATICA | -2.75 |
| CICLOPLEJIA | AV 20/20 |
| **OJO IZQUIERDO** | |
| ESTATICA | -2.50 |
| CICLOPLEJIA | AV 20/20 |

## TEST ADICIONALES

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

**RX EN USO**

## DIAGNOSTICO

| | |
|---|---|
| DIAGNOSTICO 1 | H521: Miopía |

## RECOMENDACIONES

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

## FORMULA OPTOMETRIA

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

## HISTORIA MANUAL

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

## 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:**

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

**Fecha de impresión: 2023/01/28**
**www.cendiatra.com**

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.






**MARIA CONSUELO ALVAREZ GARZON**
**RM: 52336320**

**KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA**
**CC 53030952**

**EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL**

**(EXAMEN PSICOMETRICO)**

FECHA: 27/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE: KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA
CÉDULA: 53030952
EDAD: 37 CARGO: CONDUCTOR

**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.

**OBSERVACIONES**

De acuerdo a 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: Este test corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no un test diagnostico.

Sonia Pachón Vargas
Psicóloga - TP 146153
Lic. SST 798 de 2019

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

**Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:**

prefixCiVW0l

Cendiatra

# REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

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

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | KAROL YULIETH BANGUERO VELANDIA | | |
| **Identificación** | CC | **No. Documento** | 53030952 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1985-05-14 | **Edad** | 37 años 8 meses 13 dias |
| **Sexo** | F | **Empresa** | CLIENTE OCASIONAL |
| **Fecha toma** | 2023-01-27 09:40:00 | **Sede** | CENDIATRA ZONA FRANCA |

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

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | 72 | 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** | 4.55 | millones/mm3 | 4.0-5.5millones/mm3 |
| **HEMOGLOBINA** | 7.6* | g/dl | 12.0-17.4g/dl |
| **HEMATOCRITO** | 26.44* | % | 36.0-52.0% |
| **VCM** | 58* | fl | 76-96fl |
| **HCM** | 16.7* | pg | 27.0-32.0pg |
| **CHCM** | 28.8 | g/dl | 30.0-35.0g/dl |
| **RDW** | 21.6 | % | <15.0% |
| **LEUCOCITOS** | 2.750* | mm3 | 5.000-10.000mm3 |

### RECUENTO_DIFERENCIAL

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **GRANULOCITOS** | 36.2 | % | 50-70% |
| **LINFOCITOS** | 56.3 | % | 25-40% |
| **MIXTAS** | 7.4 | % | 3-7% |

### RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **GRANULOCITOS** | 1.000 | mm3 | 2.500-7.500mm3 |
| **LINFOCITOS** | 1.550 | mm3 | 1.300-4.000mm3 |
| **MIXTAS** | 200 | mm3 | 150-750mm3 |

### RECUENTO_PLAQUETARIO

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **PLAQUETAS** | 268.000 | mm3 | 150.000-400.000mm3 |

### ADJUNTO

### ADJUNTO

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

## COLESTEROL TOTAL

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | 180 | 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** | 47 | 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** | 49 | mg/dl | Normal:>40 mg/dl |

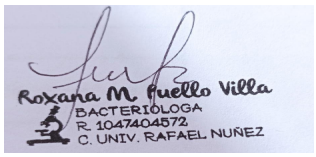
## COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | 121.6 | 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 |

Cendiatra

# REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

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




ROXANA MARIA PUELLO VILLA
1047404572
Firma y sello del médico evaluador