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	**18 de Mayo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**94450-471644**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	80.876.322	**Tipo de cuenta:**	CORRIENTE
Correo electrónico:	rfhernandez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	002160025314
IP/Nº de contacto:	0000	**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:	Servicios en general a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7432904/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**14825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÃ¡CTER TEMPORAL, ORIENTANDO LA FORMACIÃ³NPrestar 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

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2025**	**Al**	**31/05/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.178.386
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.578.875

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Servicios en general a persona NO declarante de ren	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**85998374**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.423.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO 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, al
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proc
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formato
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efic
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupo
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas o
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habi
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Form
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

RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA
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,

ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

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	80876322	RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA	Calle 13 sur 14 -61 este torre8 apto1101	3453345	alexanderhernandez1985@hotmail.com	
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	
2025-04	2025-04	I	19/05/2025	85998374	$538.100	

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	230.000	0		0		0	11	1.700	0	231.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	294.400	0	0	0	0	11	2.200	0	296.600	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	9.700				9.700	11	100	9.800			97	9.800	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	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	230.000	231.700
Pensión	1	294.400	296.600
Riesgos Laborales	1	9.700	9.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.100	538.100

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	80876322	RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA		Calle 13 sur 14 -61 este torre8 apto1101	3453345	alexanderhernandez1985@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	19/05/2025	85998374	$538.100	

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	80876322	HERNANDEZ PINILLA RAFAEL ALEXANDER	59	0			N																	230201	1.839.805	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.839.805	230.000	14-23	1.839.805	1	9.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/01/2023 09:08:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA**

Cargo **INSTRUCTOR (A)** Doc. Identidad **CC 80876322**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 EVALUACION OSTEOMUSCULAR	3 EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR
4 OPTOMETRIA,TRIGLICERIDOS	5 TEST PSICOLÓGICO	6 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
7 COLESTEROL TOTAL,HEMOGRAMA IV	8 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	9 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros (X)

REMISIÓN SI ( ) NO (X) **ARL** SI ( ) NO (X) **EPS** SI ( ) NO (X)

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ
CC 80876322
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL.
PAUSAS VISUALES CADA 3 HORAS SI ESTA EXPUESTO A PERMANECER PROLONGADAMENTE FRENTE A UN EQUIPO DE COMPUTO.
CAPACITACIÓN DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
EJERCICIO FISICO FRECUENTE, FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN ESPALDA Y ABDOMEN
ADECUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTO DE TRABAJO
ALIMENTACION BALANCEADA, HIDRATACION ADECUADA.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA
SI SU LABOR REQUIERE ESTAR MUCHO TIEMPO DE PIE USO DE MEDIAS ANTIVARICE Y FORTALECIMIENTO MUSCULOS DE LAS PIERNAS.
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.

EJERCICIO FISICO CARDIOVASCULAR 4 VECES POR SEMANA 40 MINUTOS, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS

POR PREVENCION DE AGENTES INFECCIOSOS SE RECOMIENDA:
1. LAVADO DE MANOS AL INGRESO A SU TRABAJO, CADA 3 HORAS, ANTES DE COMER, ANTES Y DESPUES DE MANIPULAR EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO, POLITICAS DE HIGIENE RESPIRATORIA.
2. INFORMAR A SU EMPLEADOR SI PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS O SI HA PRESENTADO CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS PARA COVID-19 SIN PROTECCION.
3. ASISTIR A CAPACITACIONES, ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA Y LOS NACIONALES FRETE A INFECCIONES POR VIRUS EMERGENTES.
4. CUMPLIR INDICACIONES DE LA AUTORIDAD LOCAL SOBRE RESTRICCIONES DE MOVILIDAD Y OTRAS.
5. LIMPIEZA ENFATIZANDO EN: LAVADO DE MANOS, HIGIENE RESPIRATORIA, USO DE TAPABOCAS EN ZONAS DONDE EXISTA AGLOMETACION DE PERSONAS O LUGARES QUE NO CUANTEN CON ADECUADA VENTILACION, DESINFECCION DE SUPERFICIES Y UTENSILIOS DE TRABAJO.
6. PROMOVER CAMINATAS O TRASLADOS EN BICICLETA.
7. CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION ACTUAL FRENTE A COVID - 19.
8. EVITAR MANIPULACION DEL ROSTRO (OJOS NARIZ BOCA).
9. USO DE ANTIBACTERIAL.
10. VENTILACION AREA DE TRABAJO CASA O VEHICULO.
11. DESINFECCION DE AREAS Y HERRAMIENTAS AL TERMINAR EL TURNO.
12. LAVADO DE MANOS AL INGRESO Y SALIDA DE ESPACIOS COMUNES.
13. CUMPLIR PROTOCOLOS ESPECIFICOS SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD Y DISPOSICIONES GUBERNAMENTALES.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ
CC 80876322
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Doc: **80876322** Nombre : **RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA** Edad : **37 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCI				
RECUENTO DE LEUCOCITOS (WBC)	8.3	4.0	10.0	* 1000/uL
RECUENTO DE LINFOCITOS (Lymph#)	2.5	0.8	4.0	* 1000/uL
RECUENTO DE MID (Mid #)	0.6	0.1	1.5	* 1000/uL
RECUENTO DE GRANULOCITOS (Gran#)	5.2	2.0	7.0	* 1000/uL
PORCENTAJE DE LINFOCITOS (Lymph%)	29.6	20.0	40.0	%
PORCENTAJE DE MID (Mid%)	8.3	3.0	15.0	%
PORCENTAJE DE GRANULOCITOS (Gran%)	62.1	50.0	70.0	%
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS - RBC (HOMBRE)	5.88	4.00	5.50	*1.000.000/uL
HEMOGLOBINA - HGB (HOMBRE)	18.0	12.0	16.0	g/dL
HEMATOCRITO - HCT (HOMBRE)	55.9	40.0	54.0	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO - VCM	95.0	80.0	100.0	fl
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA - MCH	30.6	27.0	34.0	pg
CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA - CMCH	32.2	32.0	36.0	g/dL
RDW - CV	13.6	11.0	16.0	%
RDW - SD	46.1	35.0	56.0	fL
PLAQUETAS - PLT	250	100	300	* 1000 /uL
VOLUMEN PLAQUETARIO	7.7	6.5	12.0	fL
PDW	15.3	9.0	17.0	
PCT	0.192	0.108	0.282	%
P-LCC	46	30	90	*1.000.000.000 /L
P-LCR	18.4	11.0	45.0	%

ALBA LUZ BALAGUERA RODRIGUEZ
Especialidad: BACTERIOLOGO
CC: 41798364 RM:

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]				
Colesterol de alta densidad HDL	53.0	Bajo a partir de 55		mg/dL

ALBA LUZ BALAGUERA RODRIGUEZ
Especialidad: BACTERIOLOGO
CC: 41798364 RM:

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO				
Colesterol de baja Densidad	138.6		Hasta 150	mg/dL

ALBA LUZ BALAGUERA RODRIGUEZ
Especialidad: BACTERIOLOGO
CC: 41798364 RM:

COLESTEROL TOTAL				
Colesterol TOTAL	233		Hasta 200	mg/dL

ALBA LUZ BALAGUERA RODRIGUEZ

Doc: **80876322** Nombre : **RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA** Edad : **37 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
		Especialidad: BACTERIOLOGO **CC: 41798364 RM:**		
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				
Glicemia basal	94	70	110	mg/dL

ALBA LUZ BALAGUERA RODRIGUEZ
Especialidad: BACTERIOLOGO
CC: 41798364 RM:

TRIGLICÉRIDOS				
Triglicéridos	207		Hasta 170	mlg

ALBA LUZ BALAGUERA RODRIGUEZ
Especialidad: BACTERIOLOGO
CC: 41798364 RM:

EXAMEN CON ENFASIS CARDIOVASCULAR

Identificación **CC 80876322** Nombre **RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA** Edad 37 Años
Entidad **PARTICULAR - PARTICULAR** Fecha **27/01/2023 11:00:00**

NOMBRE: RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA
TIPO Y NUMERO DE COCUMENTO: CC 80.876.322
EDAD: 37 AÑOS
SEXO: MASCULINO
CARGO: INSTRUCTOR
EMPRESA: PARTICULAR

TEST DE FRAMINGAN: 1.9 %
RIESGO: BAJO

RECOMENDACIONES:

POR ESTAR EN ESTA CATEGORIA, USTED TIENE UN RIESGO BAJO DE SUFRIR UN INFARTO O UNA TROMBOSIS EN LOS PROXIMOS 10 AÑOS, LO CUAL NO SIGNIFICA "AUSENCIA DE RIESGIO". LO IMPORTANTE ES ASUMIR Y MENTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA EVITAR QUE CON EL TRANSCURRIR DE LOS AÑOS USTED PUEDA SUFRIR UN INFARTO O UNA TROMBOSIS. (EN BASE A RECOMENDACIONES DE MINSALUD.GOV.CO
https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/Paginas/Consulta-Riesgo.aspx)

EVITAR CONSUMO DE COMIDAS RICAS EN AZUCARES, HARINAS, PREPARADOS CON GRASAS O ACEITES REUTILIZADOS, ALIMENTOS PREPARADOS EN LA CALLE SIN CONTROL DE CALIDAD, EMBUTIDOS.
PREPARAR LA COMIDA CON POCA SAL, AZUCAS Y SALSAS, SIN ADICIONAR NINGUNO DE ESTOS ALIMENSTOS DESPUES DE SU COCCION.
AUMENTAR CONSUMO DIARIO DE AGUA (EVITAR JUGOS), FRUTAS ENTERAS, ALIMENTOS RICOS EN FIBRA Y VERDURAS.
ALIMENTARSE 3 VECES AL DIA SIN QUE LA ULTIMA COMIDA SEA ABUNDANTE Y CERCANA A DORMIR.
EVITAR HACER SIESTAS DESPUES DE COMER.

RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA
C.C 80876322

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

Doc. Identidad: **80876322** Nombre: **RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ** Fecha Nacimiento: **20/12/1985**
Entidad: **PARTICULAR** Edad: **37** Ocupación: **469**
Fondo de Pensiòn: EPS: **COMPENSAR** ARL:

Empresa	Cargo	Antigüedad del cargo	Antigüedad en la empresa
PARTICULAR	**INSTRUCTOR**	**7 AÑOS**	**5 AÑOS**

HISTORIA OCUPACIONAL

CARGO	MANIPULACIÓN DE CARGAS				POSTURA HABITUAL				MOV. Repetitivos	
	< 12kG	12 - 25	26 - 50	> 50kg	Sentado	De pie	Caminando	Otro	SI	NO
INSTRUCTOR	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐		☒	☐

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
CAMINATA	**CAMINATA**	**DIARIO**	**1 HORA**

REVISIÓN POR SISTEMAS

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Cervicalgia	☐	☒	Artralgia	☐	☒	Tendinitis	☐	☒
Dorsalgia	☐	☒	Parestesias	☐	☒	Limitación Funcional	☐	☒
Lumbalgia	☐	☒	Edema	☐	☒	Inflamación	☐	☒

OBSERVACIONES:

REFIERE ACCIDENTE HACE 6 AÑOS, LESION MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. OSTEOSISNTESIS PLATILLOS TIBIALES.

EXAMEN FÍSICO

BIOTIPO: Ectomórfico ☐ Endomórfico ☐ Mesomórfico ☒

Talla **178** Peso **92** Imc **29.04** Interpretación **Sobrepeso**

COLUMNA VERTEBRAL

VISTA LATERAL:	Normal	☒	Cifótica	☐	Lordótica	☐	Aplanada	☐	Cifolordótica	☐	
VISTA PA:	Alineada	☒	Escoliosis Dorsal	☐	Escoliosis Lumbar	☐	Doble escoliosis	☐			

EXAMEN DE COLUMNA VERTEBRAL

Palpación(Dolor o espasmo)	**NO**
Marcha Punta	**NORAML**
Marcha Latón	**NORMAL**
Flexión Lateral	**NORMAL**
Rotación	**Normal**

EXAMEN DE ARTICULACIONES (Edema, Limitación, Inflamación, Dolor)

Dedos manos	**Normal**
Muñecas	**Normal**
Codos	**Normal**
Hombros	**Normal**
Caderas	**Normal**
Rodillas	**Normal**
Tobillos	**Normal**
Dedos pies	**Normal**

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

BALANCE MUSCULAR

MÚSCULO	R	F	MÚSCULO	R	F	MÚSCULO	R	F
Pectoral Mayor		4	Para Espinales		4	Ext. de Caderas		4
Flexores de cadera		4	Isquitiabiales		4	Cuadriceps		4
Triceps Sural		4	Abdominales		4	Trapecios		4

(R) Retracción: L: Leve
M: Moderada S: Severa

(F) Fuerza: 0 - 1: Incapaz de realizar movimiento
2: Movimiento si ninguna oposición (Incluida Gravedad)
3: Puede vencer la acción de la gravedad
4 - 5: Movimiento contra resistencia

ACTIVIDADES EXTRALABORALES	PRUEBA		OBSERVACIONES
++ ++	LASSEGUE	☐	**Normal**
	TINEL	☐	**Normal**
	PHALEN	☐	**Normal**
	SCHOBER	☐	**Normal**
++ ++	CLASIFICACIÓN	☐	**Normal**
	WELLS	☐	**Normal**

DIAGNÓSTICO

Sano osteomuscular	**Normal**
Columna cervical	**Normal**
Columna Dorso-Lumbar	**Normal**
Miembros superiores	**Normal**
Miembros inferiores	**Normal**
Sistema osteomuscular	**Normal**
Neurológico general	**Normal**

CALIFICACIÓN

	SI	NO		SI	NO
Susceptibilidad Individual	☐	☒	Sospecha de enfermedad de origen común	☐	☒
Susceptibilidad Laboral	☐	☒	Programa de vigilancia epidemológica	☐	☒
Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☒			

CONDUCTA

	SI	NO		SI	NO
Seguimiento Cada			Reubicación	☐	☒
Calificación de origen	☐	☒	Calificación de Invalidez	☐	☒
Valor por ortopedia IPS	☐	☒	Procedimiento Quirúrgico	☐	☒

SE REALIZA EVALUACION OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES. SE RECOMIENDA CONTINUAR CON LA ACTIVIDAD FISICA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y TENER ADECUADOS HABITOS POSTURALES

Mónica Jimenez Lopez
Fisioterapeuta
Esp. en Prevención de Riesgos Laborales
Licencia en SO. No. 1953

MONICA ZULAY JIMENEZ LOPEZ
Especialidad: FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL
CC: 52423176 RM: LIC1953

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Periódico [ ]
Caso ocupacional [ ]

OPTOMETRÍA

Fecha historia 27/01/2023 08:57:00

Doc. Identidad **CC 80876322** Nombre **RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA** Fecha Nacimiento. **20/12/1985**
Entidad **PARTICULAR** Edad **37** Ocupación **469**
Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Último examen visual	Usa anteojos: Si [ ]	No [ ]	V.L. [ ]	V.P. [ ]	PC [ ]	Bifocal [ ]	Progresivo [ ]	Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ]	Ocasional [ ]	Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara?	Si [ ]	No [ ]				
Cirugías Si [ ] No [ ] Cuál?								
Accidentes oculares Si [ ] No [ ] Cuál?								
Signos y síntomas: Asintomático [ ]	Disminución visual de cerca [ ]	Disminución visual de lejos [ ]	Cefaleas [ ]	Resequedad ocular [ ]				
Ardor ocular [ ]	Lagrimeo [ ]	Cansancio ocular [ ]	Irritación [ ]	Fotofobia [ ]	Prurito ocular [ ]	Salto de renglón [ ]		
Antececentes personales y/o familiares						Trae corrección óptica [ ]		

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				**20/20**	**050M**
O.I.				**20/20**	**050M**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]	**Segmento Anterior:** Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]
Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]
Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
Ptosis palpebral [ ] Otros:	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **EXO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC

Oftalmoscopia

O.D.	O.I.
F.O.A.N. [ ] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ]	F.O.A.N. [X] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ]
Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **15/15**	O.D: **NOIRMAL**	O.D: **NORMAL**
O.I: **15/15**	O.I: **NORMAL**	O.I: **NORMAL**

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	NEUTRO	-		+
O.I:	NEUTRO	-		+

Refracción final AV

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	NEUTRO	-		+		
O.I:	NEUTRO	-		+		

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[X]	[X]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]

	O.D	O.I
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

Z010 EV DE LA VISION SIN SIGNOS APARENTES

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [X] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** vVISIUON NORMAL , NO REQUIERE GAFAS CONTROL ANAUL , USO DE EPP

Liliana Gómez

Dra. Liliana Gómez C.
OPTOMETRA FUAA
REG. 3584 CTNPO
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia 12155 - UNIMINUTO

LILIANA MARITZA GOMEZ CRUZ
Especialidad: OPTOMETRA OCUPACIONAL
CC: 39744932 RM: 11553

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA S.A.S
Nit 9001577440
Calle 27 sur No 19-19
Tel 4087000

ANALISIS PSICOLOGICO-OCUPACIONAL

FECHA	ENERO 27 DE 2023
PACIENTE	RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ
EDAD	37 AÑOS
SEXO	MASCULINO
CARGO	INSTRUCTOR

ANALISIS WARTEGG

CAMPO 1: Evidencia que cree mucho en sí mismo y en sus capacidades; promociona muy bien sus ideas y domina con criterio sus opiniones sobre la vida o el trabajo
CAMPO 2: Evidencia ser una persona afectiva en sus relaciones interpersonales y laborales
CAMPO 3: Revela ser una persona ambiciosa. Da importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto. Se exige mucho a sí mismo y es capaz de esforzarse y de comprometerse ampliamente por sus metas.
CAMPO 4: Muestra que necesita involucrarse en diversas actividades para dispersar sentimientos de angustia y ansiedad.
CAMPO 5: Evidencia movilización de energía y dinamismo a nivel laboral. Con gran iniciativa y compromiso.
CAMPO 6: Su raciocinio es desarrollado, gran habilidad para la síntesis, una perspectiva realista frente a una situación.
CAMPO 7: Evidencia ser una persona objetiva y practica en sus relaciones interpersonales. Persona con capacidad para relacionarse con otros de una manera sana y asertiva.
CAMPO 8: Evidencia compromiso con las normas institucionales y sociales. Se esfuerza para garantizar el cumplimiento de las metas que se ha propuesto o tiene asignadas en diferentes ámbitos de su vida personal y/o profesional.

PERFIL VALORAL – CUESTIONARIO VALANTI

El área intelectual (Valor VERDAD) es la más importante para RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ.
El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.
La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.
El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.
El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

MILENA GALINDO SIERRA
Psicóloga Especialista En SST

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES
SANTA ELENA S.A.S.
Su IPS de Confianza
NIT. 900157744-0

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de mayo de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

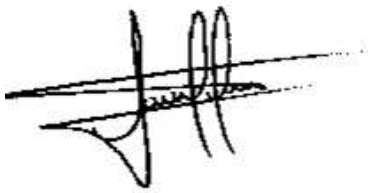
T.I.	**1010186921**	**JUANA CAROLINA HERNANDEZ SANCHEZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Rafael Alexander Hernández Pinilla
C.C. 80.876.322 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.010.186.921**

HERNANDEZ SANCHEZ

APELLIDOS

JUANA CAROLINA

NOMBRES



Juana Carolina

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-NOV-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

F
SEXO

24-NOV-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00668232-F-1010186921-20150216 **00429**29303A 2 1293164849

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1010186921

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42136628

560785

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [3] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 1 B

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

REGISTRADURIA DE LA CANDELARIA BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	SANCHEZ

Nombre(s)

JUANA CAROLINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes 09 Día 09	FEMENINO	A	+

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A8293714

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052732718	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ PINILLA RAFAEL ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0080876322	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ PINILLA RAFAEL ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0080876322	

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

Año 2007 Mes 10 Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GLORIA ELENA RIASCOS MORA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

E.P. LIBRO DE VARIOS TOMO 22 FOLIO 237

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL
Art. 115 Dto 1260/70 y Art 1 Dto 278/72
PARA ACREDITAR PARENTESCO
Expedida en Bogotá DC. A los 05 NOV. 2014

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

JOSE LEBER PERDOMO OSUNA
Registrador Auxiliar de La Candelaria L.17