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	**19 de Julio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**75572-592924**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.023.916.921	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ejvaca12@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	022316731
IP/Nº de contacto:	3203240219	**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**	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:	7432540/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**12225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2025**	**Al**	**31/07/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 25.910.578
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 21.311.067

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 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

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1073565673**
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%	$ 36.062.775	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.225.000		
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 implementacion de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, ali
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proces
Entregar productos especificos segun lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guias, manuales, forma
Desarrollar actividades de apoyo en la formacion profesional integral, garantizando la alineacion con los estandares de calidad, ef
Colaborar en la planeacion, ejecucion y evaluacion de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias especificas definidas para gr
Registrar las novedades en el sistema Sofia Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creacion de rutas
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activacion de rutas de desercion o rutas preventivas asociadas a hab
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualizacion en el sistema Sofia Plus u otro dispuesto por el Centro de Fo
Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeacion de la formacion, 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

ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-19, 03:53:18 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073565673

Periodo Cotización: junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

PAGADO 25/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES		
Documento	CC1023916921	**Dirección**	CR 71F #12 B - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3203240219
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1023916921	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.840.000	$ 294.400	(EPS010) EPS SURA	$ 1.840.000	$ 230.000	0,522	$ 1.840.000	$ 9.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 534.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.840.000	$ 1.840.000	$ 1.840.000	$ 0	$ 294.400	$ 230.000	$ 9.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 534.100	$ 0	$ 534.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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 CARTAGENA	**DIRECCIÓN**	Carrera 20 N° 29B 57 Barrio Pie de la Popa
TELÉFONO	644 6971 - 693 2674	**EMAIL**	cartagena@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-27	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES			Identificación CC	Nro 1023916921
Fecha de Nacimiento	1992-06-02	**Edad**	30	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INDEPENDIENTE				
Fecha Ingreso	2023-01-27 08:31:54	**Fecha Salida**	2023-01-27 12:50:25		

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 INGLES
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Antonio L. Carreazo Del toro
MEDICO CIRUJANO
Magister en Prevención de Riesgos Laborales
Lic. Seguridad y Salud en el Trabajo No. 0804

ANTONIO CARREAZO DEL TORO
RM: 73127134
Firma y sello del médico

ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
CC 1023916921
Firma del trabajador

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-27

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

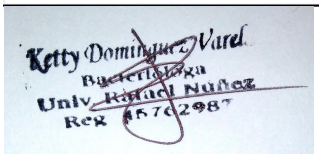
Nombres y Apellidos	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES		
Identificación	CC	**No. Documento**	1023916921
Fecha de Nacimiento	1992-06-02	**Edad**	30 años 7 meses 25 dias
Sexo	F	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-27 07:45:00	**Sede**	CENDIATRA CARTAGENA

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	80	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 INGLES

TITULO	RESULTADO
RESULTADO	VER ADJUNTO.
ANALISIS	



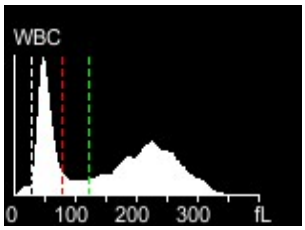
KETTY DOMIGUEZ
45762987
Firma y sello del médico evaluador

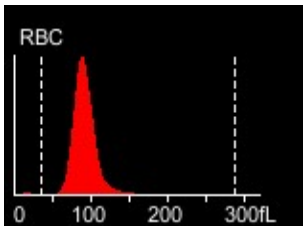
Informe de análisis de hematología

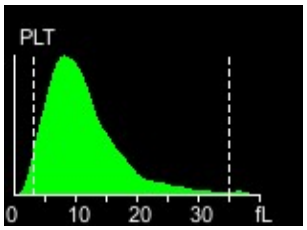
Cendiatra

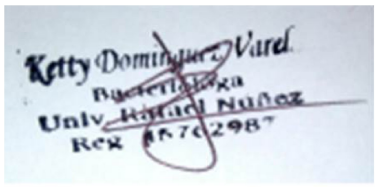
Nombre de pila:	ERIKA JAZMIN	Tipo de muestra:	
Apellido(s):	VACA COLMENARES	ID de muestra:	18
Género:	Mujer	Edad: 30	Año
Fecha:	2023/01/27 11:13		

	Parámetro	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1	**WBC**	**4.86**	**3.50-9.50**	**10^3/uL**
2	Lym%	34.0	20.0-50.0	%
3	Gran%	59.0	50.0-70.0	%
4	Mid%	7.0	3.0-9.0	%
5	Lym#	1.65	1.10-3.20	10^3/uL
6	Gran#	2.87	2.00-7.00	10^3/uL
7	Mid#	0.34	0.10-0.90	10^3/uL
8	**RBC**	**4.32**	**3.80-5.10**	**10^6/uL**
9	HGB	13.7	11.5-15.0	g/dL
10	HCT	40.0	35.0-45.0	%
11	MCV	92.6	82.0-100.0	fL
12	MCH	31.7	27.0-34.0	pg
13	MCHC	34.3	31.6-35.4	g/dL
14	RDW-CV	13.5	11.5-14.5	%
15	RDW-SD	43.0	35.0-56.0	fL
16	**PLT**	**284**	**125-350**	**10^3/uL**
17	MPV	8.3	7.0-11.0	fL
18	PDW	9.9	9.0-17.0	fL
19	PCT	0.237	0.108-0.282	%
20	P-LCR	15.2	11.0-45.0	%
21	P-LCC	43	30-90	10^9/L









Dra. Ketty Dominguez Varela
Bacteriologa Universidad Rafael Nuñez
T.P: 45762987

Carrera 20 #29B-57, Barrio Pie de la Popa
Celular: 3102842872
Correo electronico: laboratoriocartagena@cendiatra.com

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 27/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR/CARTAGENA
NOMBRE: ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
CÉDULA: 1023916921
EDAD: 30 CARGO: INDEPENDIENTE

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACIÓN 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 con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

FIRMA DEL EVALUADOR:

Itay David Zapata Martínez
PSICOLOGO
C.C. 1.143.330.542
Universidad de San Buenaventura

Licencia N° 397

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

prefixaoO7Hg

EXAMEN OPTOMETRICO

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

SEDE	CENDIATRA CARTAGENA	**DIRECCIÓN**	Carrera 20 N° 29B 57 Barrio Pie de la Popa
TELÉFONO	644 6971 - 693 2674	**EMAIL**	cartagena@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-27	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES	Identificación CC	Nro 1023916921		
Fecha de Nacimiento	1992-06-02	**Edad**	30	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INDEPENDIENTE				
Fecha Ingreso	2023-01-27 08:53:09	**Fecha Salida**	2023-01-27 08:53:16		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

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	EXAMEN OCUPACIONAL

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
SIN CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	ORTHO
HIRSCHBERG	CENTRADO AO
P.P.C	8 CM
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NSE
OI	NSE

OFTALMOSCOPIA

OD	NSE
OI	NSE

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	NEUTRO
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	NEUTRO

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	N/A
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	NINGUNA
OI	NINGUNA

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z010: Examen de ojos y de la visión
OBSERVACIONES	NINGUNA

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	NO
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:
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.



JAVIER JOSE ARNEDO ZUÑIGA
RM: 1050963531



ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
CC 1023916921

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-27

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES		
Identificación	CC	**No. Documento**	1023916921
Fecha de Nacimiento	1992-06-02	**Edad**	30 años 7 meses 25 dias
Sexo	F	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-27 07:50:00	**Sede**	CENDIATRA CARTAGENA

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	226	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

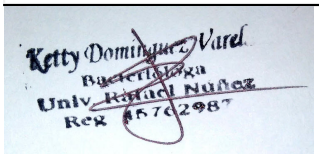
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	58	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	47	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	167.4	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



KETTY DOMIGUEZ
45762987
Firma y sello del médico evaluador

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 12 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:

RC	1014911428	AMELIÉ CHAPARRO VACA	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,



ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
C.C. 1023916921

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1014911428

Indicativo Serial 63006028

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 3 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 52 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAPARRO	VACA

Nombre(s): AMELIÈ

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes DIC Día 17	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	24123311245267

Datos de la 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: VACA COLMENARES ERIKA JAZMIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1023916921	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CHAPARRO VARGAS MARIO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1010192214	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CHAPARRO VARGAS MARIO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1010192214	Mario Chaparro V.

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 2024 Mes DIC Día 19	LUIS SIMON GIL GUZMAN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Mario Chaparro V. Firma	LUIS SIMON GIL GUZMAN Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - L V T 125 F 270:19/12/2024

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner