

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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	16 de Agosto de 2025
			Versión	ENERO - 2.25
			ID de Proceso	72328-220942
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ANA VITALIA FIGUEROA MELO		Banco a consignar: SCOTIABANK COLPATRIA		
Cédula de Ciudadanía: 51.933.838		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: avfigueroa8@misena.edu.co		Número de Cuenta: 4292001935		
IP/N° de contacto: 3143233558		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?				
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato:	7432518/2025	N° Compromiso SIIF	13325	Número de pagos durante la vigencia del contrato
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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, subsees y organizaciones, ejecutando acciones		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del	01/08/2025	Al	31/08/2025	Saldo Anterior del Contrato:
Número de pago	7			Valor Total del Contrato:
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato:	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.511	Ninguno	
Ingresos por comisiones		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.599.511	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.704.460	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Agosto	Julio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	7975982321	Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA
ARL		\$ 9.700	\$ 9.700	Reteica - 8299 - BOGOTÁ
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.		\$ 5.126.000		
Retención en la Fuente Contingente		\$		
				Descuentos de embargo (Si tiene)
				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)				
Desarrollar actividades de apoyo en la formación Entregaprofesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad				
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluaciónEntregar productos específicos seg de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias				
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA.				
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas				
Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversas				
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema SGestionar el registro de inasistencias sofía Plus				
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventiva				
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato,tales como informes, reportes, registros, guías.				
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		<div></div> <div>ANA VITALIA FIGUEROA MELO EL CONTRATISTA</div>		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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 periodo 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.				
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:		ORLANDO SUAREZ MOLINA INSTRUCTOR G15		
EL ORDENADOR DEL PAGO VIVIANA GOMEZ VARGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 237.500		\$ 0		\$ 0	\$ 237.500	\$ 0	\$ 237.500
SUBTOTALES:													\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 237.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 38.000	\$ 0	\$ 38.000
SUBTOTALES:			\$ 38.000	\$ 0	\$ 38.000

TOTAL PAGADO:	\$ 589.500
----------------------	-------------------

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:** CENDIATRA NORTE 106**DIRECCIÓN:** Autopista Norte # 106-93, Pasadena**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ**TELÉFONO:** 6017464727 - 6017562592**EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2025-01-23

Nombres y apellidos: ANA VITALIA FIGUEROA MELO
Fecha de nacimiento: 27/01/1969
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONSTRATISTA

CC: 51933838
Edad: 56 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-01-23 / 10:13:14
Fecha salida: 2025-01-23 / 10:13:31

**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- PSICOMETRICO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN OPTOMETRICO

- ENFASIS CARDIOVASCULAR

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

CONDICIÓN VISUAL:

CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

HABITOS DE VIDA SALUDABLE

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

ANUAL , USO DE CORRECCION OPTICA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



DIANA FERNANDA MENDOZA
GALINDO
RM: 1049626848
Firma y sello del médico



ANA VITALIA FIGUEROA MELO
CC: 51933838
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 106

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 106-93, Pasadena

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

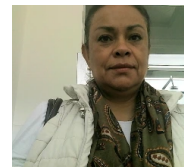
TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592

EMAIL: citas.norte1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-01-23

Nombres y apellidos: ANA VITALIA FIGUEROA MELO
Fecha de nacimiento: 27/01/1969
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONSTRATISTA

CC: 51933838
Edad: 56 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-01-23 / 10:13:14
Fecha salida: 2025-01-23 / 10:13:31



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL , USO DE CORRECCION OPTICA



DIANA FERNANDA MENDOZA
GALINDO
RM: 1049626848
Firma y sello del médico



ANA VITALIA FIGUEROA MELO
CC: 51933838
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : USS CALLE 122

No INGRESO: 11469038

Paciente: ANA VITALIA FIGUEROA MELO

Edad: 55 Años

Medico: CASTILLO LUIS

Fecha y Hora de ingreso: 2025-01-22 07:49

Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 2025012203411

Historia: CC-51933838

Género: Femenino

Teléfono: 0-0

Fecha de impresión: 2025-01-23 13:21

Cama:

Examen		Intervalo Biológico de Referencia	
BIOQUIMICA			
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA			
Resultado:	92.6 mg/dL		70-100
METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA			
COLESTEROL TOTAL			
Resultado:	215.4 mg/dL	*	100-200
		Sin riesgo:	Menor de 200.0 mg/dl
		Riesgo moderado:	200.0 - 239.0 mg/dl
		Riesgo alto:	Mayor de 240 mg/dl
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD			
Resultado:	46.9 mg/dL		
		Sin riesgo:	Mayor de 65 mg/dl.
		Riesgo moderado:	45 - 65 mg/dl.
		Alto Riesgo:	Menor de 45 mg/dl
Intervalo Biológico de Referencia según consenso ATPIII.			
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL SEMIAUTOMATIZADO			
Resultado:	130.0 mg/dL	*	0-100
		Sin riesgo:	Menor de 100.0 mg/dl.
		Riesgo moderado:	100.0 - 129.0 mg/dl.
		Limite Alto:	130.0 - 159.0 mg/dl
		Alto:	160.0 - 189.0 mg/dl.
		Muy Alto:	Mayor de 190.0 mg/dl
TRIGLICERIDOS			
Resultado:	192.3 mg/dL		4-200
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.			
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
Resultado:	0.62 mg/dL		0.51-0.95
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.			
Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~			
Fecha y hora validacion: 22/01/2025 13:46:25			
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA			
Resultado:	16.6 U/L		5-32
METODO: UV CINETICO			
TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA			

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~
Fecha y hora validacion: 22/01/2025 13:46:25

FIGUEROA MELO ANA VITALIA Orden: 2025012203411

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : USS CALLE 122

Resultado: 20.7 U/L 5-33
METODO: UV CINETICO

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~
Fecha y hora validacion: 22/01/2025 13:47:35

MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL

Resultado: 3.03 mgAlb/g Crea 0-20
Relación Albuminuria/Creatinuria (mg/g)
Menor de 20 mg de Albúmina / g de Creatinina.

METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA

ALBUMINURIA PARCIAL

Resultado: 3.00 mg/L

CREATINURIA PARCIAL

Resultado: 98.9 mg/dL 29-226

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~
Fecha y hora validacion: 22/01/2025 22:59:54

HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA

Resultado: 6.26 %
4.80 - 5.90%: Paciente no diabético. Referido por inserto.
Asociación Americana de Diabetes:
Menor de 5.70%: Paciente no diabético.
5.70 - 6.40%: Riesgo a desarrollar diabetes.
Mayor o igual 6.50%: Diagnóstico diabetes mellitus.

METODO: Inmunoensayo turbidimetrico.

PROMEDIO ESTIMADO DE GLICEMIA ULTIMOS 90 A 120 DIAS

Resultado: 132.9 mg/dL

Profesional Responsable: Bact OMERYS SOLFINA NAVARRO GUERRERO. Tp: 57457028
Fecha y hora validacion: 22/01/2025 23:00:13

ENDOCRINOLOGIA

VITAMINA B12 CIANOCOBALAMINA

Resultado: 251.0 pg/ml 197-771
pg/ml

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL D2 D3 CALCIFEROL

Resultado: 25.50 ng/ml

FIGUEROA MELO ANA VITALIA Orden: 2025012203411

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : USS CALLE 122

Guía de Interpretación

Deficiencia: Menor de 10 ng/mL
Insuficiencia: 10 - 30 ng/mL
Suficiencia: Mayor de 30 ng/mL

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~
Fecha y hora validacion: 22/01/2025 14:12:36

HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA

Resultado: 38.1 pg/ml 15-65

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~
Fecha y hora validacion: 22/01/2025 15:14:07

CORTISOL DOS MUESTRAS AM PM

CORTISOL AM 12.20 ug/dl 4.82-19.5

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE

Resultado: 3.570 uUI/ml 0.27-4.2

Técnica ultrasensible: Interprete el resultado con lectura de tres (3) decimales después del punto.

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

TIROXINA LIBRE

Resultado: 1.16 ng/dl 0.93-1.7
INSERTO TECNICA ELECSYS FT4 III

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Profesional Responsable: Bact LEIDY CAROLINA DIAZ ANGARITA. Tp: 1032481919
Fecha y hora validacion: 23/01/2025 2:24:38

CORTISOL DOS MUESTRAS AM PM

CORTISOL PM 5.68 ug/dl 2.47-11.9

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Profesional Responsable: Bact. JOHAN ANDRES PIÑA PARRA. Tp: 1016106943
Fecha y hora validacion: 23/01/2025 9:39:09

HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA

HEMOGRAMA IV

RECuento DE ERITROCITOS 5.43 x10^6/uL * 4.2-5.4

HEMOGLOBINA 15.40 g/dl 12-16

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

HEMATOCRITO 46.5 % 38-48

FIGUEROA MELO ANA VITALIA Orden: 2025012203411

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : USS CALLE 122

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

MCV	85.6 fl	*	86-96
MCH	28.4 pg		25-31
MCHC	33.1 g/dl		32-38
RDW	13.40 %		11-15
CELULAS NUCLEADAS DE LA SERIE ROJA NRBC Valor absoluto	0.000 $\times 10^3/\mu\text{L}$		0-0.012
CELULAS NUCLEADAS DE LA SERIE ROJA NRBC%	0.00 /100 WBC		0-0.02
RECuento DE LEUCOCITOS	6.18 $\times 10^3/\mu\text{L}$		5-10

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

NEUTROFILOS Abs	3.71 $\times 10^3/\mu\text{L}$		2-7.15
LINFOCITOS Abs	1.88 $\times 10^3/\mu\text{L}$		1.5-4
MONOCITOS Abs	0.45 $\times 10^3/\mu\text{L}$		0.03-0.71
EOSINOFILOS Abs	0.10 $\times 10^3/\mu\text{L}$		0.03-0.27
BASOFILOS Abs	0.03 $\times 10^3/\mu\text{L}$		0.01-0.05
NEUTROFILOS %	60.00 %		42.5-73.2
LINFOCITOS %	30.40 %		18.2-47.4
MONOCITOS %	7.30 %		4.3-11
EOSINOFILOS %	1.60 %		0.01-3
BASOFILOS %	0.50 %		0.01-0.7
RECuento DE GRANULOCITOS INMADUROS IG Valor absoluto	0.01 $\times 10^3/\mu\text{L}$		0-0.3
RECuento DE GRANULOCITOS INMADUROS IG %	0.20 %		0-0.4
RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	257 $\times 10^3/\mu\text{L}$		150-450

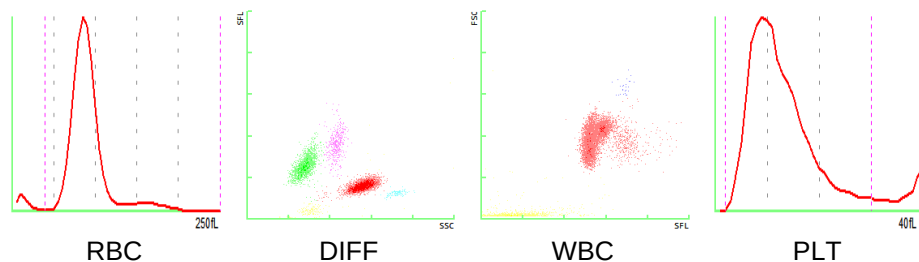
METODO: LASER SEMICONDUCTOR

MPV	12.3 fl		6.4-13
-----	---------	--	--------

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

RECuento DIFERENCIAL MANUAL

GRAFICAS HEMATOLOGIA



METODO: LASER SEMICONDUCTOR

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~
Fecha y hora validacion: 22/01/2025 13:30:26

EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA

Resultado:

FIGUEROA MELO ANA VITALIA Orden: 2025012203411

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.



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:

C.C.	1000180589	Sara Sofía Ardila Figueroa	Hijo(a)
------	------------	----------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,

ANA VITALIA FIGUEROA MELO
C.C. 51933838



AC 100 11B 67 BOGOTÁ, BOGOTÁ D.C. Colombia PBX.6466060 Fax.
Gran Contribuyente de Bogotá Resolución N° DDI-023769 de 29 de Noviembre de 2021
Res Dian No.18764094183549 del 09-06-2025 Autoriza Factura Electrónica del
4326-32701 al 4326-39000 Vig.24 Meses
Codigo Actividad Económica 8543 - Tarifa ICA 9,66 x 1000
No somos Autorretenedores
Responsable de Iva - No somos grandes contribuyentes DIAN
Servicios excluidos del IVA, numeral 5 del artículo 476 del E.T.

CUDE: cdacb396ead2c2ad11f89cf032f6f9490062a689302ef6855eca9b40245c1c2664f550d87163a2d5e6c9f9859dd2c49a

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	FECHA DE GENERACION		HORA
	27-06-2025	14:42:30	
	FECHA DE EXPEDICIÓN		HORA
	27-06-2025	14:46:10	

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 774 DEL CODIGO DE COMERCIO

SEÑORES SARA SOFÍA ARDILA FIGUEROA						CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
						Credito	Contado	DD	MM	AAAA
							X			
Documento de Identificación Tipo C.E No 1000180589						MEDIO DE PAGO		PAGAR ANTES DE		
						No DE ORDEN DE COMPRA		27	06	2025
						1 87202		DD	MM	AAAA
Dirección / Sucursal Cr. 51#123a-53 apto 303, barrio Batán						Ciudad Bogotá D.C.		Teléfono		
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VR.TOTAL		
103	1-103_MATRICULA PREGRADO PSICOLOGIA	EA	1	\$6,462,800.00	0.00	0	\$0.00	\$6,462,800.00		
Observaciones : SEGUNDO PERIODO ACADEMICO 2025						TOTAL BRUTO		\$ 6,462,800.00		
						ANTICIPO		\$ 0.00		
						DESCUENTOS		\$ 969,420.00		
						SUBTOTAL		\$ 5,493,380.00		
						IVA TOTAL		\$ 0.00		
Total de ítems: 1						TOTAL A PAGAR		\$ 5,493,380.00		
SON : CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS*****										

Si esta factura no es pagada dentro del plazo fijado, causara interes de mora a la tasa maxima legal vigente permitida

Emisor: Elaborado por: SINU_CARTERA Firma: _____ Nombre: _____	Firma de quien revisa: Firma: _____ Nombre: _____	Datos de quien recibe a conformidad Firma: _____ Nombre: _____ No documento de identidad: _____ Fecha de Recibido (dd/mm/aa): _____
---	---	---

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

33218184

NUIP

1.000.180.589
A2J-0250.667

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 63 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1073

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

ARDILA

FIGUEROA

Nombre(s)

SARA SOFIA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2001

Mes

04

Día

18

FEMENINO

O

POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

A 3091609

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FIGUEROA MELO ANA VITALIA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 51.933.838 DE BOGOTÁ D.E.

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTÁ D.E.

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTÁ D.E.

Carlos Sánchez

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

2001

Mes

05

Día

18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

VICTORIA C. SALVEDRA S.

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

VICTORIA C. SALVEDRA S.

Nombre y firma

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.180.589

ARDILA FIGUEROA

APELLIDOS

SARA SOFIA

NOMBRES

Sara Ardila

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

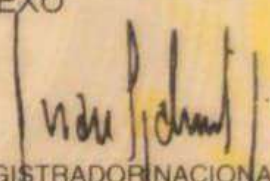
O+

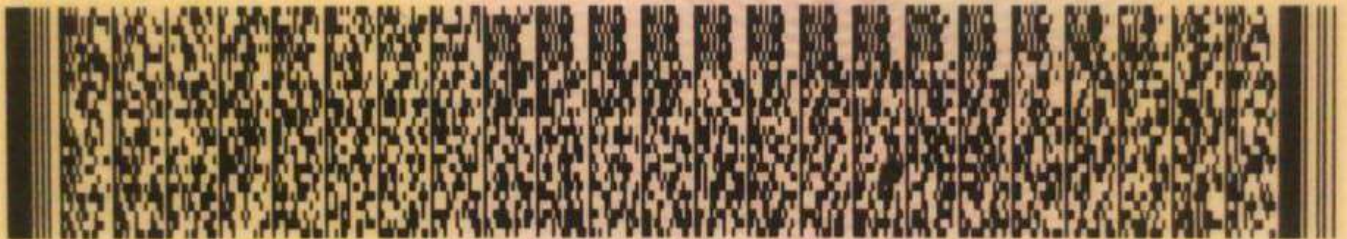
G.S. RH

F

SEXO

15-MAY-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01077727-F-1000180589-20190626

0065604653A 1

1975479046