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** | **Agosto de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **62254-484693** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDO | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.022.940.546 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | karenmahepe@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 004870289669 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0 | **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** | SI |
| **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:** | 7432599/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **33325** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 9 |

| | |
|---|---|
| **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** | **01/08/2025 Al 31/08/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 9.505.656 |
| **Número de pago** | **7** | **Valor Total del Contrato:** | $ 35.109.601 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 4.906.145 |

## 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

| | | Agosto | Julio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **88550422** |
| **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% | $ 29.505.907 | $ 901.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 4.988.000 | | |
| 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** | |

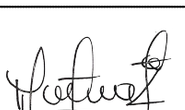
**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se apoya la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, co
Se hace revisión de los lineamientos del aprendiz SENA, para integrarlos en los procesos formativos desde competencia asignada.
Se entregan productos específicos, como informe de actividades del mes de agosto
Se realiza formación profesional integral de acuerdo a la programación y asignación de competencias Vincular y seleccionar.
Se registran inasistencias y se activan rutas de casos de aprendices según necesidades identificadas durante el proceso formativo.
Se hace uso de los ambientes de formación asignados promoviendo en los aprendices el uso adecuado de los elementos y equipos en cada e
Se asume y utiliza los propios medios técnicos para que el objeto contratado se cumpla a cabalidad.
Se organizan los archivos y documentos electrónicos conforme reglas del archivo electrónico.

**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



**KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO**
**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**

20/08/25 11:20:48 USUARIO: SIC - C.C. 1022940546

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 | 1022940546 | KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO | CL 75 c sur 8d 30 | 2005051 | karenmahepe@gmail.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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 19/08/2025 | 88550422 | $760.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 287.500 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 1.100 | 0 | 288.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 368.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1.400 | 0 | 369.400 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 56.100 | | | | 56.100 | 6 | 300 | 56.400 | | | 561 | 56.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 46.000 | 6 | 200 | 46.200 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 6 | 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 | 287.500 | 288.600 |
| Pensión | 1 | 368.000 | 369.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 56.100 | 56.400 |
| CCF | 1 | 46.000 | 46.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 757.600 | 760.600 |

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 | 1022940546 | KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO | | CL 75 c sur 8d 30 | 2005051 | karenmahepe@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 19/08/2025 | 88550422 | $760.600 | |

## 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 | 1022940546 | HERNANDEZ PERDOMO KAREN MAYRA ALEJANDRA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.300.000 | 368.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 2.300.000 | 287.500 | 14-11 | 2.300.000 | 3 | 56.100 | CCF24 | 2.300.000 | 46.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

**Nombres y apellidos:** KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1987
**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** CONTRATISTA

**CC:** 1022940546
**Edad:** 36 **Sexo:** FEMENINO
**Fecha ingreso:** 2024-10-22 / 09:37:21
**Fecha salida:** 2024-10-22 / 03:48:12



**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PSICOMETRICO
- EXAMEN OPTOMETRICO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**:**

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CONDICIÓN VISUAL:

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: MEDICINA

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE CORECCION VISUAL

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.

DR. MANUEL SUAREZ
Md. Esp. Sst - Lic 8682/22

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO
RM: 2167
Firma y sello del médico

KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
CC: 1022940546
Firma del paciente

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

**Nombres y apellidos:** KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1987
**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** CONTRATISTA

**CC:** 1022940546
**Edad:** 36 **Sexo:** FEMENINO
**Fecha ingreso:** 2024-10-22 / 09:37:21
**Fecha salida:** 2024-10-22 / 03:48:12



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

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: MEDICINA
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE CORECCION VISUAL

DR. MANUEL SUAREZ
Md. Esp. Sst - Lic 8682/22

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO
RM: 2167
Firma y sello del médico

KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
CC: 1022940546
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## PSICOMETRICO

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

**CC:** 1022940546
**Nombres y apellidos:** KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1987
**Edad:** 36 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
**Teléfono:**
***Nombre acompañante:***

**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** CONTRATISTA
**Fecha ingreso:** 22/10/2024
**Fecha salida:** 22/10/2024
**Teléfono acompañante:**



## CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

**SECCIÓN 1**

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS 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 EL 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.

**SECCIÓN 2**

ADJUNTA FORMATO:

Ana María Luque R.
Ana María Luque Ramírez
Psicóloga - Esp. SST
T.P. 1064913
Lic. SST 1053 de 2020

ANA MARIA LUQUE RAMIREZ
RM: 156592
Firma y sello del médico

KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
CC: 1022940546
Firma del paciente



Powered by CamScanner

Cendiatra

## EXAMEN OPTOMETRICO

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

**CC:** 1022940546
**Nombres y apellidos:** KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1987
**Edad:** 36 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
**Teléfono:**
**Nombre acompañante:**

**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** CONTRATISTA
**Fecha Ingreso:** 22/10/2024
**Fecha salida:** 22/10/2024
**Teléfono acompañante:**



### ANTECEDENTES PERSONALES

**SECCIÓN 1**

| | | |
|---|---|---|
| DIABETES: | NO | |
| CIRUGÍA OCULAR: | NO | |
| GLAUCOMA: | NO | |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL: | NO | |
| ALERGIAS: | NO | |
| OTROS: | NO | |
| ¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?: | SI | USA GAFAS PERMANENTES |

### MOTIVO DE CONSULTA

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| VISIÓN 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 |
| VISIÓN DOBLE: | NO |
| INVERSIÓN DE NUMEROS Y LETRAS: | NO |
| MAREO: | NO |
| VERTIGO: | NO |
| MIODESOPSIAS: | NO |
| OTROS: | |



Powered by CamScanner

## AGUDEZA VISUAL

**VISIÓN LEJANA**

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

**VISIÓN PRÓXIMA**

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

**ESTENOPEICO**

| | |
|---|---|
| SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO: | |
| SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO: | |
| SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO: | |

## EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

**SECCIÓN 1**

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

## COVER TEST

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| LEJOS: | ORTHO |
| CERCA: | X |
| HIRSCHBERG: | CENTRADO |
| P.P.C: | |
| MOTILIDAD OCULAR: | |

## QUERATOMETRÍA

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| OD QUERATOMETRÍA: | NA |
| OI QUERATOMETRÍA: | NA |

## OFTAMOLSCOPIA

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| OD OFTAMOLSCOPIA: | NORMAL |
| OI OFTAMOLSCOPIA: | NORMAL |

## REFRACCÍON

**OJO DERECHO**

| | |
|---|---|
| ESTÁTICA: | |
| DINÁMICA: | |
| CICLOPLEJÍA: | |

**OJO IZQUIERDO**

| | |
|---|---|
| ESTÁTICA: | |



Powered by CamScanner

DINÁMICA:

CICLOPLEJÍA:

## TEST ADICIONALES

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| TEXT ADICIONALES: | NO |
| VISIÓN CROMÁTICA: | NORMAL |
| ESTERIOPSIS: | NORMAL |
| TITMUS: | NO |

**RX EN USO**

OD:

OI:

## DIAGNÓSTICO

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| DIAGNÓSTICO 1: | OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN |
| DIAGNÓSTICO 2: | |
| DIAGNÓSTICO 3: | |
| DIAGNÓSTICO 4: | |
| DIAGNÓSTICO 5: | |
| OBSERVACIONES: | CONTINUAR CON USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE |

## RECOMENDACIONES

**SECCIÓN 1**

| | | |
|---|---|---|
| REQUIERE FORMULA: | NO | |
| CONTROL ANUAL: | SI | CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCIÓN VISUAL CONTROL ANUAL |
| VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA: | NO | |
| VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: | NO | |

YENNIFER BARRERA MOSQUERA
RM: N/A
Firma y sello del médico

KAREN MAYRA ALEJANDRA
HERNANDEZ PERDOMO
CC: 1022940546
Firma del paciente



Powered by CamScanner

**REPORTE LABORATORIO CLÍNICO**

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

**CC:** 1022940546
**Nombres y apellidos:** KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1987
**Edad:** 36 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
**Teléfono:**

**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** CONTRATISTA
**Fecha ingreso:** 22/10/2024
**Fecha salida:** 22/10/2024



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

| | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | 90 | MG/DL | NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126 |

**ADJUNTAR RESULTADO**

**CARGAR ARCHIVO**

Angelica Maria Botia Avila
Bacteriologa y Lab. Clinico
UNIVERSIDAD C M C
TP 1090449574

ANGELICA MARIA BOTIA AVILA
RM: 1090449574
Firma y sello del médico

Cendiatra

## PSICOMETRICO

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

**CC:** 1022940546
**Nombres y apellidos:** KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1987
**Edad:** 36 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
**Teléfono:**
***Nombre acompañante:***

**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** CONTRATISTA
**Fecha ingreso:** 22/10/2024
**Fecha salida:** 22/10/2024
**Teléfono acompañante:**



## CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

**SECCIÓN 1**

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS 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 EL 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.

**SECCIÓN 2**

ADJUNTA FORMATO:

Ana María Luque R.
Ana María Luque Ramírez
Psicóloga - Esp. SST
T.P. 1064913
Lic. SST 1053 de 2020

ANA MARIA LUQUE RAMIREZ
RM: 156592
Firma y sello del médico

KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
CC: 1022940546
Firma del paciente



Powered by CamScanner

Cendiatra

## EXAMEN OPTOMETRICO

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

**CC:** 1022940546
**Nombres y apellidos:** KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1987
**Edad:** 36 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
**Teléfono:**
**Nombre acompañante:**

**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** CONTRATISTA
**Fecha Ingreso:** 22/10/2024
**Fecha salida:** 22/10/2024
**Teléfono acompañante:**



### ANTECEDENTES PERSONALES

**SECCIÓN 1**

| | | |
|---|---|---|
| DIABETES: | NO | |
| CIRUGÍA OCULAR: | NO | |
| GLAUCOMA: | NO | |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL: | NO | |
| ALERGIAS: | NO | |
| OTROS: | NO | |
| ¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?: | SI | USA GAFAS PERMANENTES |

### MOTIVO DE CONSULTA

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| VISIÓN 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 |
| VISIÓN DOBLE: | NO |
| INVERSIÓN DE NUMEROS Y LETRAS: | NO |
| MAREO: | NO |
| VERTIGO: | NO |
| MIODESOPSIAS: | NO |
| OTROS: | |



Powered by CamScanner

## AGUDEZA VISUAL

**VISIÓN LEJANA**

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

**VISIÓN PRÓXIMA**

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

**ESTENOPEICO**

| | |
|---|---|
| SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO: | |
| SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO: | |
| SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO: | |

## EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

**SECCIÓN 1**

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

## COVER TEST

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| LEJOS: | ORTHO |
| CERCA: | X |
| HIRSCHBERG: | CENTRADO |
| P.P.C: | |
| MOTILIDAD OCULAR: | |

## QUERATOMETRÍA

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| OD QUERATOMETRÍA: | NA |
| OI QUERATOMETRÍA: | NA |

## OFTAMOLSCOPIA

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| OD OFTAMOLSCOPIA: | NORMAL |
| OI OFTAMOLSCOPIA: | NORMAL |

## REFRACCÍON

**OJO DERECHO**

| | |
|---|---|
| ESTÁTICA: | |
| DINÁMICA: | |
| CICLOPLEJÍA: | |

**OJO IZQUIERDO**

| | |
|---|---|
| ESTÁTICA: | |



Powered by CamScanner

DINÁMICA:

CICLOPLEJÍA:

## TEST ADICIONALES

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| TEXT ADICIONALES: | NO |
| VISIÓN CROMÁTICA: | NORMAL |
| ESTERIOPSIS: | NORMAL |
| TITMUS: | NO |

**RX EN USO**

OD:

OI:

## DIAGNÓSTICO

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| DIAGNÓSTICO 1: | OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN |
| DIAGNÓSTICO 2: | |
| DIAGNÓSTICO 3: | |
| DIAGNÓSTICO 4: | |
| DIAGNÓSTICO 5: | |
| OBSERVACIONES: | CONTINUAR CON USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE |

## RECOMENDACIONES

**SECCIÓN 1**

| | | |
|---|---|---|
| REQUIERE FORMULA: | NO | |
| CONTROL ANUAL: | SI | CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCIÓN VISUAL CONTROL ANUAL |
| VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA: | NO | |
| VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: | NO | |

YENNIFER BARRERA MOSQUERA
RM: N/A
Firma y sello del médico

KAREN MAYRA ALEJANDRA
HERNANDEZ PERDOMO
CC: 1022940546
Firma del paciente



Powered by CamScanner

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 15 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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 | 1023029494 | TOMAS ALEJANDRO HERNANDEZ PERDOMO | 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,



KAREN MAYRA ALEJANDRA HERNANDEZ PERDOMO
C.C. 1022940546

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1.023.029.494

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 56785606

*5678560 6*

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

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 7 B

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

REGISTRADURIA DE USME BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| HERNANDEZ | PERDOMO |

**Nombre(s)**

TOMAS ALEJANDRO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2016 Mes AGO Día 19 | MASCULINO | A | 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 | 13596146 - 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**

HERNANDEZ PERDOMO KAREN MAYRA ALEJANDRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.022.940.546 | 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**

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| | |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

HERNANDEZ PERDOMO KAREN MAYRA ALEJANDRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.022.940.546 | |

**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 AGO Día 22 | MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA - R<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

22.AGO.2016 - ACTA COMPLEMENTARIA - JAQUICO.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

LITOGRAFIA DINAMICA

Scanned by CamScanner