

 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 GESTION DE MERCADO, LOGIST Y TECNOL DE LA INFORMAC-BTA DC- SERVICIOS PREST Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	11
		Código Centro	930310
		Fecha Elaboración	27 de Agosto de 2025
		Versión	ENERO - 2.25
		ID de Proceso	89653-500792
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	YANED GALEANO SALAZAR	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.436.554	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	yagasa@misena.edu.co	Número de Cuenta:	20575825902
IP/Nº de contacto:	3108846632	Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?		NO	
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000		NO	
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)		NO	
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?		NO	
Concepto del pago corresponde a:		Ninguno	
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.		0,00%	
DATOS DEL CONTRATO			
Nº del contrato:	8121204/2025	Nº Compromiso SIIF	67625
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	6
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS CLAVES RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS CIENCIA		
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/08/2025	Al	31/08/2025
Número de pago	1	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 23.150.872
Valor Bruto Pago:	\$ 4.139.560,00	Valor Total del Contrato:	\$ 23.150.872
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 19.011.312
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 4.139.560	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.139.560	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.433.904	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	-----	34227374	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.433.904,00 TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.655.824	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA 3.667.560,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 207.000	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 265.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
ARL	\$ 8.700	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ 35.429,00 0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00 0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta	\$ 413.956		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 19.670.605	\$ 811.000	0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR \$4.104.131,00
SON: CUATRO MILLONES CIENTO CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Fichas 3258288 y 3258289 del programa de operaciones comerciales en retail, competencia aplicación de conocimientos de las ciencias naturales de acuerdo con situaciones del contexto productivo y social.			
Ficha 2879533 gestión integral de transporte y 2879817 coordinación de procesos logísticos. Realice la evaluación de competencias competencias transversales en Sofía plus y zajuna			
elaboraré actas EEF agosto, anuncios de bienestar, anuncios reglamento aprendizaje y seguimiento aprendices por medio del espacio establecido en la plataforma zajuna, mensajería interna, correo Sena, rendí informes oportunamente, participe activamente en cada reunión de EEF de cada ficha, subí grabaciones y resumen de las sesiones en línea en los tiempos establecidos y actualice el share point según lo indicado por los administrativos, y demás requerimientos exigidos para la formación.			
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			
1. Cumpli 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		YANED GALEANO SALAZAR EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		<u>Autorizo</u> 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.		JOHANY ANDRES CASALINAS GOMEZ INSTRUCTOR G14	
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 MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)			

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Yaned Galeano Salazar, identificado(a) con CC número 63436554, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 63436554
NOMBRES Y APELLIDOS	Yaned Galeano Salazar
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/06/1976
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	90 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	


CEDULA DE CIUDADANIA 63436554 YANED GALEANO SALAZAR Desde 01/09/2022 - Vigente N.I.T. 900774661
CONTRUCCIONES Desde 24/07/2025 Hasta 08/08/2025N.I.T. 890208727 U T S Desde 18/04/2025 Hasta 07/07/2025N.I.T. 900774661
CONTRUCCIONES Desde 14/03/2025 Hasta 16/04/2025

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YANED GALEANO SALAZAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63436554**, se encuentra afiliado/a desde **01/02/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de septiembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	899999034
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 63436554	Nombres y apellidos	YANED GALEANO SALAZAR
Fecha de afiliación	2025-07-28	Estado de afiliación	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-07-28	Tipo de vinculación	Independiente
Clase de riesgo	1	Fecha de retiro	2025-12-23

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

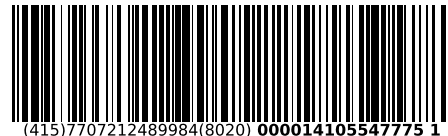
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141055477751



(415)7707212489984(8020) 000014105547775 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6 3 4 3 6 5 5 4

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

6 3 4 3 6 5 5 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

Vélez

8 6 1

31. Primer apellido

GALEANO

32. Segundo apellido

SALAZAR

33. Primer nombre

YANED

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

Vélez

8 6 1

41. Dirección principal

CL 11 3 87

42. Correo electrónico

yanedgas76@hotmail.com

43. Código postal

1

44. Teléfono 1

7 2 3 5 9 9 1

45. Teléfono 2

3 1 0 8 8 4 6 6 3 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 6 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 8, 0 1

Actividad secundaria

48. Código

8 5 4 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 8, 0 1

Otras actividades

50. Código

7 4 9 0 | 7 3 1 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma
56. Tipo
57. Modo
58. CPC **IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

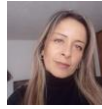
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



MUNICIPIO Y FECHA DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN			
CIMITARRA (SANTANDER)2023-04-28				Ingreso			
1.IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				2.DATOS DE EMPRESA			
NOMBRE COMPLETO: YANET GALEANO ZALASAR CC: 63436554				NIT: 63436554 ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de consultoría de gestión EMPRESA: YANED ZALASAR GALEANO			
		EDAD	46	NACIDO EL	1976-06-28	LUGAR	VÉLEZ,Santander
SEXO	F	RH	A+	Dirección	CALLE 12 3-27		
TELÉFONO	3108846632		Escolaridad	Profesional	Estado Civil	Soltero(a)	
Cliente		Cargo	Especialista en sgsst		Antigüedad	0 días	
E.P.S	Sanitas EPS		A.R.L	Positiva Compañía de Seguros	A.F.P	COLPENCIONES	
3. AYUDAS DIAGNOSTICAS							
Optometria:SE REALIZO Audiometria:SE REALIZO C. Hematico/Plaquetas:SE REALIZO Glicemia:SE REALIZO Perfil Lipidico:SE REALIZO							
4. CONCEPTOcd hc DE APTITUD OCUPACIONAL							
Ingreso: Con recomendaciones para desempeñar el cargo				Cargo Actual: Especialista en sgsst			
REQUISITOS DE SALUD							
Apto para trabajar en alturas				No Aplica			
Apto para trabajar en espacios confinados				No Aplica			
Apto para manipular alimentos				No Aplica			
Apto para conducir				No Aplica			
Apto para manipular de carga				No Aplica			
5.RECOMENDACIONES							
Recomendaciones Médicas		Recomendaciones Ocupacionales			Hábitos y Estilo de Vida Saludable		
-Examen Visual de Control de un Año-Audiometría de Control de un año		-Uso de EPP-Pausas activas e Higiene Postural-Capacitacion			-Habitios Saludables-Actividad Física Aerobica-Hacer Deporte-Dieta Balanceada		
OTRAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES							
EL EXAMEN FÍSICO ANTERIORMENTE REALIZADO CON ÉNFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR FUE REALIZADO EN REPOSO SIN ENCONTRAR PATOLOGIAS QUE PUEDAN LIMITAR EL DESARROLLO DEL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE SU TAREA. ESTAS RECOMENDACIONES NO ESTÁN RELACIONADAS CON IMPLICACIONES PARA SU TRABAJO HABITUAL SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA SU CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA. PARACLINICOS: DENTRO DEL LIMITE NORMAL . RECOMENDACIONES: 1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO. 2. MEJORAR POSTURAS Y HÁBITOS POSTULARES TANTO EN POSICIÓN SENTADO COMO DE PIE. 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE PIES Y PIERNAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. 4. SITÚESE SIEMPRE POR LO MENOS A 40CMS DE LA PANTALLA Y EVITE REFLEJOS MOLESTOS, APROXIMADAMENTE CADA 20 MIN CON EL COMPUTADOR DIRIJA SU MIRADA A UN PUNTO LEJANO CADA 3 HORAS DE TRABAJO EN COMPUTADOR, REALIZA MOVIMIENTOS OCULARES DE ARRIBA ABAJO Y DE UN LADO A OTRO, PARPADEE POR 5 SEG DE FORMA CONTINUA O CIERRE LOS OJOS DURANTE UN MIN. 5. AL INICIO DE LA JORNADA LABORAL HACER EJERCICIOS DE							



Cr 7 N° 4 - 76, Cimitarra - Santander
centromaypa@gmail.com
Tel. 310 8029464
IPS MA & PA S.A.S NIT 900955685-8

CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y RESPIRATORIO, NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRÍOS, NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, BEBER SORBOS DE AGUA TIBIA DE MANERA REPETITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL. 6. ASISTIR A SU EPS A CONTROL PERIODICO 7. LAVADO DE MANOS 3 A 4 VECES AL DIA CON AGUA Y JABON, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS, USO DE MASCARILLA RESPIRATORIAS .

6. CONSENTIMIENTO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

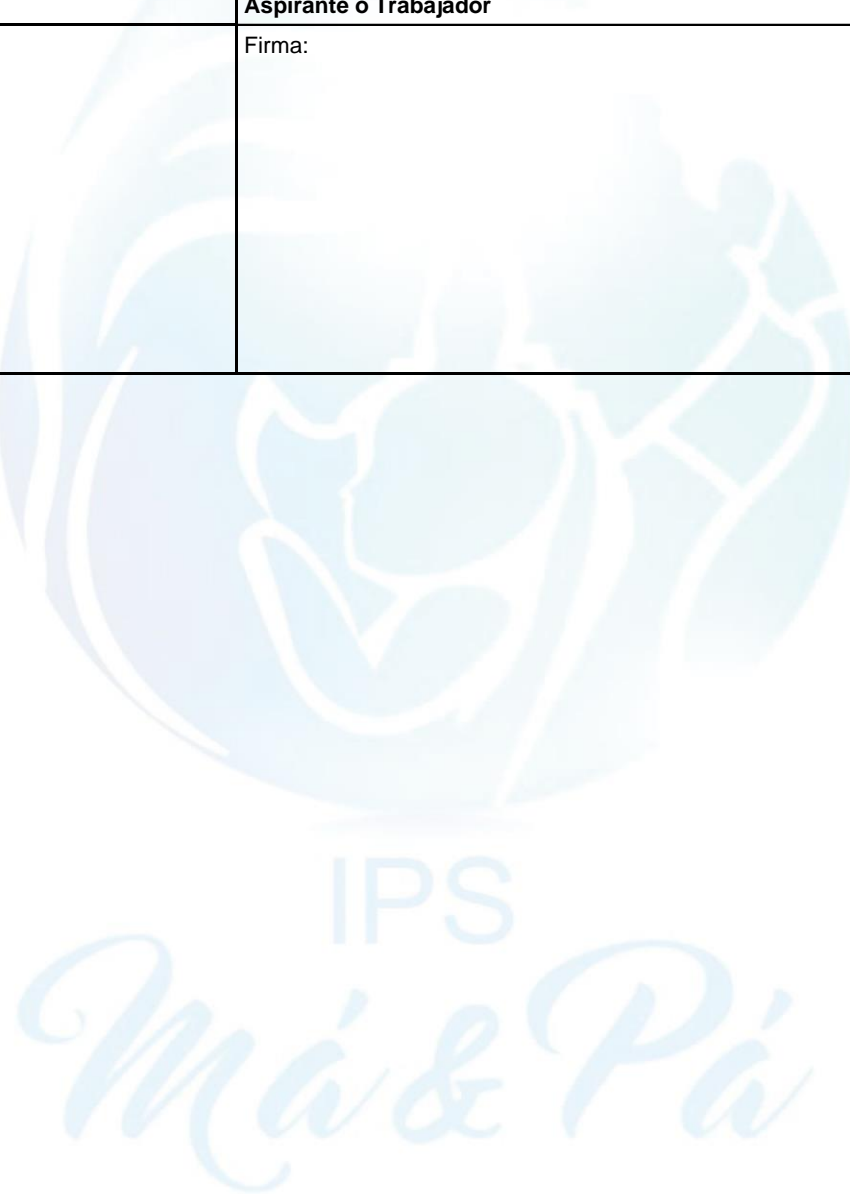
Dra. Marcela Silva Vega
RM. 6398-09

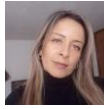
Médico Laboral

R-S.S.T: 17145-2021

Aspirante o Trabajador

Firma:





MUNICIPIO Y FECHA DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN			
CIMITARRA (SANTANDER)2023-05-04				Ingreso			
1.IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				2.DATOS DE EMPRESA			
NOMBRE COMPLETO: YANET GALEANO ZALASAR CC: 63436554				NIT: 63436554 ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de consultoría de gestión EMPRESA: YANED ZALASAR GALEANO			
	EDAD	46	NACIDO EL	1976-06-28	LUGAR	VÉLEZ,Santander	
SEXO	F	RH	A+	Dirección	CALLE 12 3-27		
TELÉFONO	3108846632		Escolaridad	Profesional	Estado Civil	Soltero(a)	
Cliente		Cargo	Especialista en sgsst		Antigüedad	0 días	
E.P.S	Sanitas EPS		A.R.L	Positiva Compañía de Seguros	A.F.P	COLPENCIONES	
3. AYUDAS DIAGNOSTICAS							
Optometria:SE REALIZO Audiometria:SE REALIZO C. Hematico/Plaquetas:SE REALIZO Glicemia:SE REALIZO Perfil Lipidico:SE REALIZO Psicología:SE REALIZO							
4. CONCEPTOcd hc DE APTITUD OCUPACIONAL							
Ingreso: Con recomendaciones para desempeñar el cargo				Cargo Actual: Especialista en sgsst			
REQUISITOS DE SALUD							
Apto para trabajar en alturas				No Aplica			
Apto para trabajar en espacios confinados				No Aplica			
Apto para manipular alimentos				No Aplica			
Apto para conducir				No Aplica			
Apto para manipular de carga				No Aplica			
5.RECOMENDACIONES							
Recomendaciones Médicas		Recomendaciones Ocupacionales			Hábitos y Estilo de Vida Saludable		
-Examen Visual de Control de un Año-Audiometría de Control de un año		-Uso de EPP-Pausas activas e Higiene Postural-Capacitacion			-Habitos Saludables-Actividad Física Aerobica-Hacer Deporte-Dieta Balanceada		
OTRAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES							
EL EXAMEN FÍSICO ANTERIORMENTE REALIZADO CON ÉNFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR FUE REALIZADO EN REPOSO SIN ENCONTRAR PATOLOGIAS QUE PUEDAN LIMITAR EL DESARROLLO DEL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE SU TAREA. ESTAS RECOMENDACIONES NO ESTÁN RELACIONADAS CON IMPLICACIONES PARA SU TRABAJO HABITUAL SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA SU CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA. PARA CLINICOS:DENTRO DEL LIMITE NORMAL . RECOMENDACIONES: 1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO. 2. MEJORAR POSTURAS Y HÁBITOS POSTULARES TANTO EN POSICIÓN SENTADO COMO DE PIE. 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE PIES Y PIERNAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. 4. SITÚESE SIEMPRE POR LOMENOS A 40CMS DE LA PANTALLA Y EVITE REFLEJOS MOLESTOS, APROXIMADAMENTE CADA 20 MIN CON EL COMPUTADOR DIRIJA SU MIRADA A UN PUNTO LEJANO CADA 3 HORAS DE TRABAJO EN COMPUTADOR, REALIZA MOVIMIENTOS OCULARES DE ARRIBA ABAJO Y DE UN LADO A OTRO, PARPADEE POR 5 SEG DE FORMA CONTINUA OCIERRE LOS OJOS DURANTE UN MIN. 5. AL INICIO DE LA JORNADA LABORAL HACER EJERCICIOS DE							



Cr 7 N° 4 - 76, Cimitarra - Santander
centromaypa@gmail.com
Tel. 310 8029464
IPS MA & PA S.A.S NIT 900955685-8

CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y RESPIRATORIO, NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRÍOS, NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, BEBER SORBOS DE AGUA TIBIA DE MANERA REPETITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL. 6. ASISTIR A SU EPS A CONTROL PERIODICO 7. LAVADO DE MANOS 3 A 4 VECES AL DIA CON AGUA Y JABON, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS, USO DE MASCARILLA RESPIRATORIAS .

6. CONSENTIMIENTO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

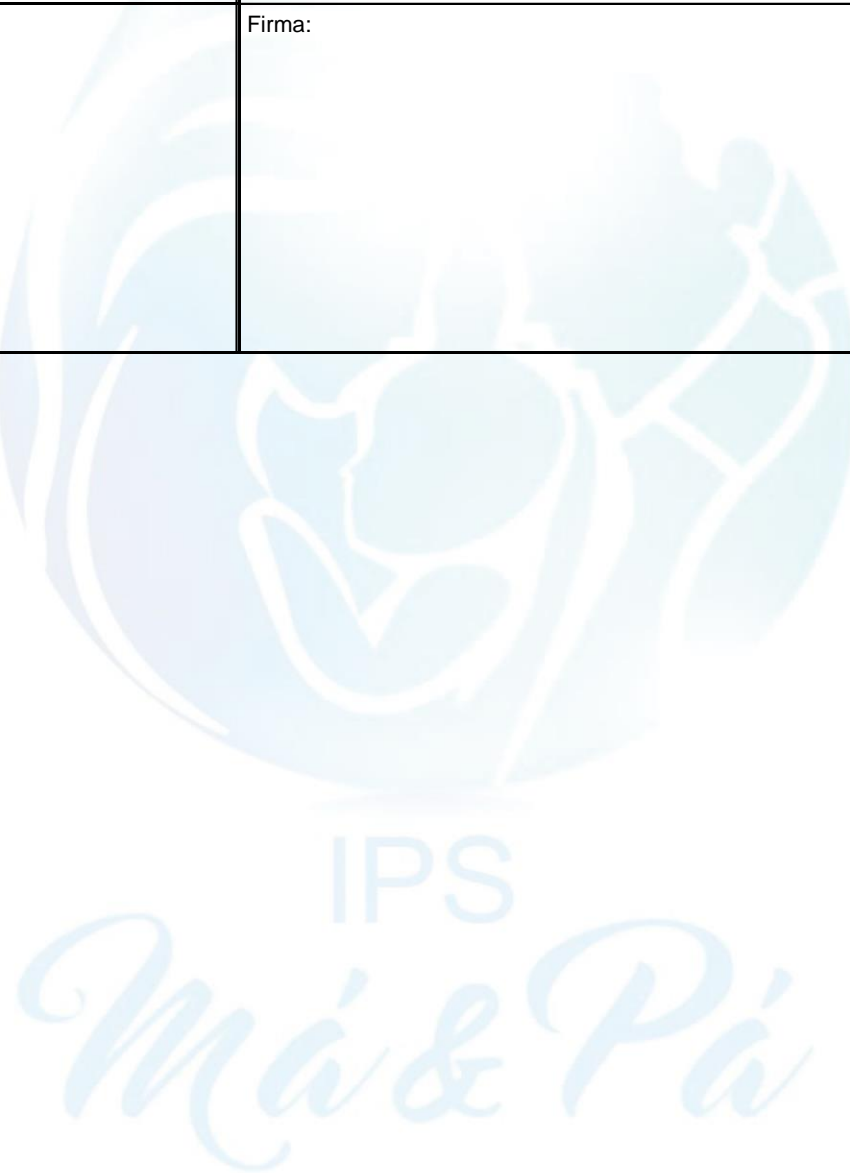
Dra. Marcela Silva Vega
RM. 6398-09

Médico Laboral

R-S.S.T: 17145-2021

Aspirante o Trabajador

Firma:





CARRERA 7 # 4-76 BARRIO LA ARROCERA
 CIMITARRA - SANTANDER
 CEL: 3108029464

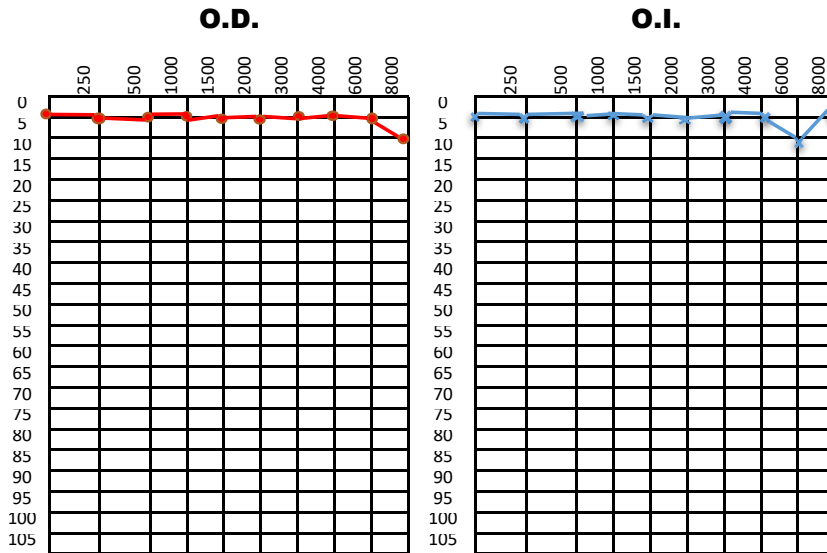
FONOAUDIOLÓGÍA
AUDIOMETRÍA

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
28	4	2023

EXAMEN: INGRESO EGRESO PERIÓDICO

DATOS PERSONALES							
NOMBRES:	YANED		APELLIDO:	GALEANO SALAZAR			
EDAD:	46	NACIDO:	VELEZ	GÉNERO:	FEMENINO	HORARIO:	DIURNO
CEDULA	63436554		TELÉFONO:	3108846632			
OCUPACIÓN:	ADMINISTRATIVO		ENTIDAD:				
TIEMPO EN EL CARGO:			TIEMPO DE SERVICIO:				
TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RIESGO:	8 HORAS		USO DE EPP:	SI:	<input checked="" type="checkbox"/>	NO:	<input type="checkbox"/>
O.D:			O.I:				

AUDIOMETRÍA



CLASIFICACIÓN		
	SI	NO
O.D		
O.I		

LARSEN	
O.D	5
O.I	5

DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO: Audición Normal Bilateral, frecuencias graves y agudas conservadas

RECOMENDACIONES: Valoración auditiva en un año, uso de E.P.A.

Dra. Lilia M. Arellano Arenas
 Fonoaudióloga - Psic. en
 Otorrinolaringología y Audición y Voz
 Especialista en Otorrinolaringología y Audición y Voz

FONOAUDIÓLOGA: _____

PACIENTE: _____



IPS MA & PA
NIT: 900.955.685-8



CONCEPTO PSICOLÓGICO

Nombre: Yanet Galeano Salazar

Edad: 46 años

Identificación: 63436554 de Vélez

Fecha: Abril, 28 de 2023

Actitud de la entrevista – impresión general: usuario quien durante la evaluación se observa con estado de ánimo modulado, tranquilo, atento y receptivo, facies de seriedad, abierto al diálogo, proyecta sentido de compromiso y responsabilidad, denota adecuadas relaciones interpersonales, proyección al logro y sentido de pertenencia. evidencia edad cronológica, inteligencia impresiona promedio, mantiene postura y contacto visual.

Conclusión -- Concepto psicológico

A partir de valoración psicológica y pruebas psicotécnicas aplicadas se deduce que la señora **Yanet Galeano Salazar** presenta orientación temporo – espacial, el pensamiento es coherente y acorde a la realidad, lenguaje espontaneo y claro, ritmos vitales conservados. Procesos cognitivos sin alteraciones y con adecuada integración de los mismos. Al momento de la valoración sin evidencia de signos de alteración de nivel psicopatológico.

Se considera que el aspirante al momento de la valoración presenta características conductuales compatibles a una salud mental dentro de parametros de la normalidad.

Erika Garcia Ariza
T.P. 197739
PSICÓLOGA

Erika Susana Garcia Ariza
Psicóloga
Especialista en Psi Clínica
TP. 197739

Carrera 7 N° 4-76 Cimitarra – Santander

Email: centromaypa@gmail.com

Celular: 3108029464-3017885235

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
28	4	23

**OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA
OCUPACIONAL**

EXAMEN: INGRESO EGRESO PERIÓDICO

DATOS PERSONALES							
NOMBRES:	YANED		APELLIDO:	GALEANO SALAZAR			
EDAD:	46	NACIDO:	VELEZ	GÉNERO:	FEMENINO	HORARIO:	DIURNO
CEDULA	63436554		TELÉFONO:	3108846632			
Ocupación:	ADMINISTRATIVO		ENTIDAD:				
TIEMPO EN EL CARGO:			TIEMPO DE SERVICIO:				
TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RIESGO:	8 HORAS		USO DE EPP:	SI:	X	NO:	
O.D:			O.I:				

OPTOMETRIA

ANTECEDENTES RX				Ultimo Examen:			Ultima RX	
No Usa	Usa	Perdio	LCB	LCRGP	Monofocal	bifocal	progresivo	
ANTECEDENTES			FAM	PERS	ANTECEDENTES		O.D.	O.I
DIABETES								
HIPERTENSION								
HIPOGLICEMIA								
HIPOTIROIDISMO								
ARTRITIS								
MIGRAÑA								
RINITIS								
CANCER								
GLAUCOMA								

OBSERVACIONES: CIRUGIA DE MIOPIA

EXAMEN EXTERNO

	PTERIGIO	HIPERTERMIA	PTOSIS	SECRECIÓN	BLEFARITIS	EDEMA	INYECCION	
O.D								
O.I								
	QUERATOSIS	ORZUELO	MADAROSIS	ECTROPION	OJO SECO	F.FOLICULAR	OTROS	
O.D								
O.I								

AGUDEZA VISUAL

	SC/VL 3 MT	SC/VP LECTURA	CC/VL 3MT	CC/VP LECTURA	PH	DP
O.D.	20/20	20/20				
O.I.	20/20	20/20				

COMPLEMENTARIOS	O.D	O.I.	P.P.C.	O.D.	O.I.
VERSIONES	NORMAL	NORMAL	DUCCIONES	NORMAL	NORMAL
FORIAS/TROPIAS	SIN ALTERACION	SIN ALTERACION	TEST CROMATICO	NORMAL	NORMAL
ESTEREOSCOPIA 3D	SIN ALTERACION	SIN ALTERACION	OTRO		

REMISIONES	OPTOMETRIA	OFTALMOLOGIA	ORTOPTICA
	MD. GENERAL	MD. INTERNA	NINGUNA

OBSERVACIONES _____

PROFESIONAL: 

Danitza Yurani Briceño Quintanilla
TP 2715 CPTO

PACIENTE: _____



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 de agosto de 2015

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.	1102518136	Sebastian Hernando Olarte Galeano	HIJO
-------------	-------------------	--	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: __Yaned Galeano Salazar_____

C.C. __63436554_____

CÉDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos

OLARTE GALEANO

NUIP 1.102.518.136

Nombres

SEBASTIAN HERNANDO

Nacionalidad

COL

Estatura

1.65

Sexo

M

Fecha de nacimiento

28 ABR 2006

G.S.

AB+

Lugar de nacimiento

VELEZ (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición

29 ABR 2024, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración

29 ABR 2034

Firma

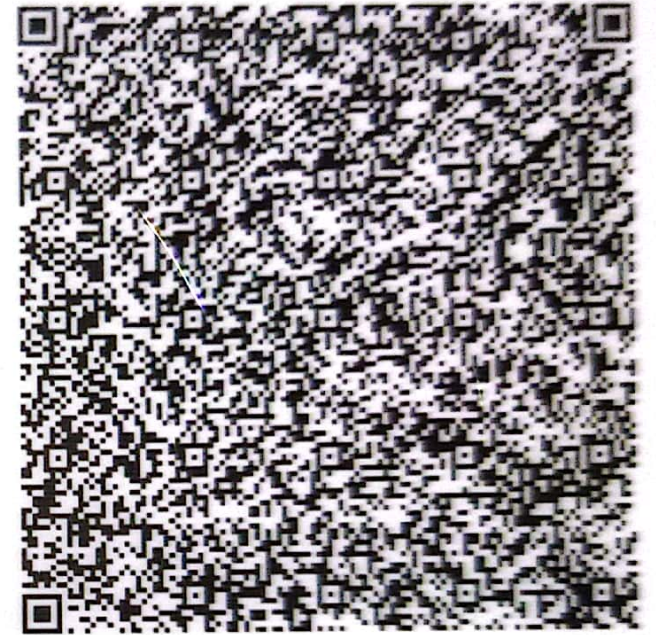




045628595



Hernán Penagos Giraldo
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL045628595015001<<<<<<<<<<<
0604280M3404296COL1102518136<1
OLARTE<GALEANO<<SEBASTIAN<HERN

RAZÓN SOCIAL :	YANED GALEANO SALAZAR
IDENTIFICACIÓN:	CC-63436554
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-07-31
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-08-14
FECHA DE PAGO:	2025-07-31
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-07
PERÍODO SALUD:	2025-07
NÚMERO PLANILLA:	34227374
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34227374
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 7.500
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 8.600	\$ 8.600
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 421.900	\$ 421.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/09/2025
----------------------------------	------------