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** | **Setiembre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **49616-983062** |

## 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** | **01/09/2025** | **Al** | **30/09/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 16.711.556 |
| **Número de pago** | **8** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.528.280 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 12.112.045 |

## 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

| | | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **1074673457** |
| **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. | $ 6.027.000 | | |
| 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,

Firmado digitalmente por Samir Arturo Bravo Chadid
Fecha: 2025.09.22 13:16:34 -05'00'

**SAMIR ARTURO BRAVO CHADID**
**INSTRUCTOR G19**

**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:** 2025-08-25, 11:18:33 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074673457

**Periodo Cotización:** agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025

## PAGADO 05/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### 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

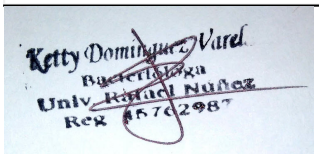
| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES | | |
| **Identificación** | CC | **No. Documento** | 1023916921 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1992-06-02 | **Edad** | 30 años 7 meses 25 dias |
| **Sexo** | F | **Empresa** | CLIENTE OCASIONAL |
| **Fecha toma** | 2023-01-27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



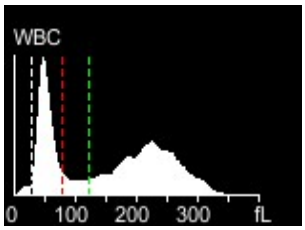

KETTY DOMIGUEZ
45762987
Firma y sello del médico evaluador

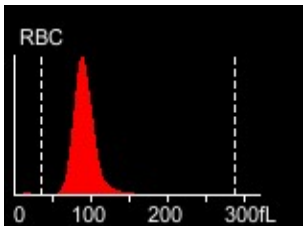
# Informe de análisis de hematología

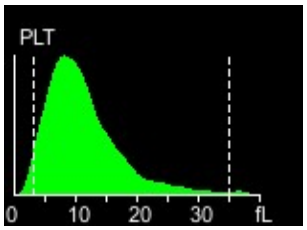
Cendiatra

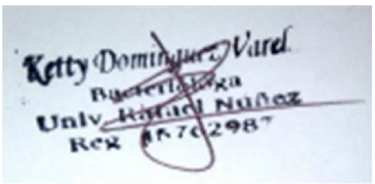
| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre de pila: | ERIKA JAZMIN | Tipo de muestra: | |
| Apellido(s): | VACA COLMENARES | ID de muestra: | 18 |
| Género: | Mujer | Edad: 30 | Año |
| Fecha: | 2023/01/27 11:13 | | |

| | 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**

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

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

**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

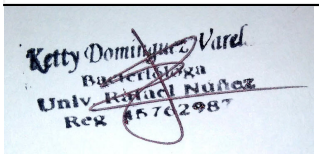
| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | 58 | mg/dl | Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl |

### 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<br>Nombre y firma |

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