SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**19 Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**44265-932927**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANA VITALIA FIGUEROA MELO	**Banco a consignar:**	SCOTIABANK COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	51.933.838	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	avfigueroa8@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4292001935
IP/Nº de contacto:	3143233558	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	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:	7432518/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**13325**	**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		----------	**7979222496**
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 implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI)

Desarrollar actividades de apoyo en la formación Entregaprofesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad

Colaborar en la planeación, ejecución y evaluaciónEntregar productos específicos seg de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias

Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA.

Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversas

Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas

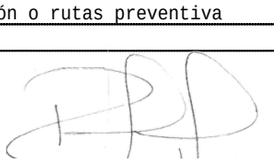
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema SGestionar el registro de inasistencias sofía Plus

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato,tales como informes, reportes, registros, guías.

Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventiva

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



ANA VITALIA FIGUEROA MELO
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,



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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51933838
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA VITALIA FIGUEROA MELO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 51 N 123 A 53 APT 303	TELÉFONO:	8009579
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7979222496**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1677203708	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 304.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 304.000	$ 0	$ 304.000
SUBTOTALES:										**$ 304.000**	**$ 0**	**$ 304.000**

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.000	$ 10.000	$ 0	$ 0	$ 10.000
SUBTOTALES:									**$ 10.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 38.000	$ 0	$ 38.000
SUBTOTALES:			**$ 38.000**	**$ 0**	**$ 38.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN									SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51933838	FIGUEROA MELO ANA VITALIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.900.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.900.000	$ 304.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 304.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.900.000	$ 237.500	$ 0	$ 237.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.900.000	51933838	$ 10.000	30	$ 1.900.000	CCF24-COMPENSAR	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 589.500

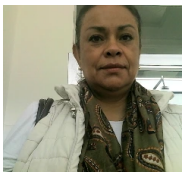
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 | **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-01-23

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

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



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ENFASIS CARDIOVASCULAR
- PSICOMETRICO
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL , USO DE CORRECCION OPTICA

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

Dra. Diana Fernanda Mendoza
Medico
Esp. Gerencia de la seguridad y Salud en el Trabajo
RM 1.049.626.848
Lic. 542/2022

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

ANA VITALIA FIGUEROA MELO
CC: 51933838
Firma del paciente

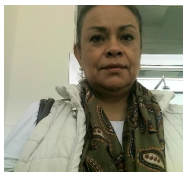
RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 | **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-01-23

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

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



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

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



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

ANA VITALIA FIGUEROA MELO
CC: 51933838
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : USS CALLE 122

No INGRESO: 11469038

No ORDEN: 2025012203411

Paciente: ANA VITALIA FIGUEROA MELO

Historia: CC-51933838

Edad: 55 Años

Género: Femenino

Medico: CASTILLO LUIS

Teléfono: 0-0

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

Fecha de impresión: 2025-01-23 13:21

Servicio: CONSULTA EXTERNA

Cama:

Examen			Intervalo Biológico de Referencia
	BIOQUIMICA		
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA			
Resultado:	92.6 mg/dL		70-100
METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA			
COLESTEROL TOTAL			
Resultado:	215.4 mg/dL	*	100-200 Sin riesgo: Menor de 200.0 mg/dl Riesgo moderado: 200.0 -239.0 mg/dl Riesgo alto: Mayor de 240 mg/dl
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD			
Resultado:	46.9 mg/dL		Sin riesgo: Mayor de 65 mg/dl. Riesgo moderado: 45 - 65 mg/dl. Alto Riesgo: Menor de 45 mg/dl
Intervalo Biológico de Referencia según consenso ATPIII.			
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL SEMIAUTOMATIZADO			
Resultado:	130.0 mg/dL	*	0-100 Sin riesgo: Menor de 100.0 mg/dl. Riesgo moderado: 100.0 - 129.0 mg/dl. Limite Alto: 130.0 - 159.0 mg/dl Alto: 160.0 - 189.0 mg/dl. Muy Alto: Mayor de 190.0 mg/dl
TRIGLICERIDOS			
Resultado:	192.3 mg/dL		4-200
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.			
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
Resultado:	0.62 mg/dL		0.51-0.95
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.			

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

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA			
Resultado:	16.6 U/L		5-32
METODO: UV CINETICO			
TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA			

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

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : USS CALLE 122

Resultado:	20.7	U/L	5-33

METODO: UV CINETICO

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

MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL

Resultado:	3.03	mgAlb/g Crea	0-20

Relación Albuminuria/Creatinuria (mg/g)
Menor de 20 mg de Albúmina / g de Creatinina.

METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA

ALBUMINURIA PARCIAL

Resultado:	3.00	mg/L

CREATINURIA PARCIAL

Resultado:	98.9	mg/dL	29-226

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

HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA

Resultado:	6.26	%

4.80 - 5.90%: Paciente no diabético. Referido por inserto.

Asociación Americana de Diabetes:

Menor de 5.70%: Paciente no diabético.
5.70 - 6.40%: Riesgo a desarrollar diabetes.
Mayor o igual 6.50%: Diagnóstico diabetes mellitus.

METODO:Inmunoensayo turbidimetrico.

PROMEDIO ESTIMADO DE GLICEMIA ULTIMOS 90 A 120 DIAS

Resultado:	132.9	mg/dL

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

ENDOCRINOLOGIA

VITAMINA B12 CIANOCOBALAMINA

Resultado:	251.0	pg/ml	197-771

pg/ml

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL D2 D3 CALCIFEROL

Resultado:	25.50	ng/ml

FIGUEROA MELO ANA VITALIA Orden: 2025012203411

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

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : USS CALLE 122

Guía de Interpretación

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

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

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

HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA

Resultado:	38.1	pg/ml	15-65

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

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

CORTISOL DOS MUESTRAS AM PM

CORTISOL AM	12.20	ug/dl	4.82-19.5

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE

Resultado:	3.570	uUI/ml	0.27-4.2

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

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

TIROXINA LIBRE

Resultado:	1.16	ng/dl	0.93-1.7

INSERTO TECNICA ELECSYS FT4 III

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

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

CORTISOL DOS MUESTRAS AM PM

CORTISOL PM	5.68	ug/dl	2.47-11.9

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

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

HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA

HEMOGRAMA IV

RECUENTO DE ERITROCITOS	5.43	x10^6/uL	*	4.2-5.4
HEMOGLOBINA	15.40	g/dl		12-16

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

HEMATOCRITO	46.5	%	38-48

FIGUEROA MELO ANA VITALIA Orden: 2025012203411

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

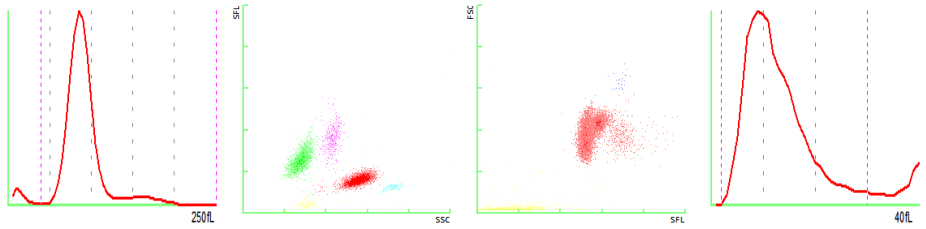
compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : USS CALLE 122

METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
MCV	85.6 fl	*	86-96
MCH	28.4 pg		25-31
MCHC	33.1 g/dl		32-38
RDW	13.40 %		11-15
CELULAS NUCLEADAS DE LA SERIE ROJA NRBC Valor absoluto	0.000 x10^3/uL		0-0.012
CELULAS NUCLEADAS DE LA SERIE ROJA NRBC%	0.00 /100 WBC		0-0.02
RECUENTO DE LEUCOCITOS	6.18 x10^3/uL		5-10
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
NEUTROFILOS Abs	3.71 x10^3/uL		2-7.15
LINFOCITOS Abs	1.88 x10^3/uL		1.5-4
MONOCITOS Abs	0.45 x10^3/uL		0.03-0.71
EOSINOFILOS Abs	0.10 x10^3/uL		0.03-0.27
BASOFILOS Abs	0.03 x10^3/uL		0.01-0.05
NEUTROFILOS %	60.00 %		42.5-73.2
LINFOCITOS %	30.40 %		18.2-47.4
MONOCITOS %	7.30 %		4.3-11
EOSINOFILOS %	1.60 %		0.01-3
BASOFILOS %	0.50 %		0.01-0.7
RECUENTO DE GRANULOCITOS INMADUROS IG Valor absoluto	0.01 x10^3/uL		0-0.3
RECUENTO DE GRANULOCITOS INMADUROS IG %	0.20 %		0-0.4
RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	257 x10^3/uL		150-450
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
MPV	12.3 fl		6.4-13

METODO: LASER SEMICONDUCTOR	
RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL	-
GRAFICAS HEMATOLOGIA	-



RBC DIFF WBC PLT

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

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

EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA

Resultado:

FIGUEROA MELO ANA VITALIA Orden: 2025012203411

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 12 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

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

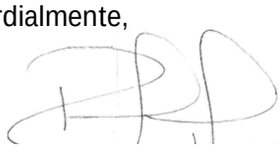
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



ANA VITALIA FIGUEROA MELO
C.C. 51933838

CUDE: cdacb396ead2c2ad11f89cf032f6f9490062a689302ef6855eca9b40245c1c2664f550d87163a2d5e6c9f9859dd2c49a

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS
NIT 830113458 - 6
AC 100 11B 67 BOGOTA, BOGOTA D.C. Colombia PBX.6466060 Fax.
Gran Contribuyente de Bogotá Resolución N° DDI-023769 de 29 de Noviembre de 2021
Res Dian No.18764094183549 del 09-06-2025 Autoriza Factura Electrónica del
4326-32701 al 4326-39000 Vig.24 Meses
Codigo Actividad Económica 8543 - Tarifa ICA 9,66 x 1000
No somos Autorretenedores
Responsable de Iva - No somos grandes contribuyentes DIAN
Servicios excluidos del IVA, numeral 5 del artículo 476 del E.T.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	FECHA DE GENERACION	HORA
	27-06-2025	14:42:30
4326-33334	FECHA DE EXPEDICIÓN	HORA
	27-06-2025	14:46:10

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

SEÑORES **SARA SOFÍA ARDILA FIGUEROA**

Documento de Identificacion
Tipo **C.E** No **1000180589**

CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
Credito	Contado	DD	MM	AAAA
	X			

MEDIO DE PAGO

No DE ORDEN DE COMPRA: 1 87202

PAGAR ANTES DE		
27	06	2025
DD	MM	AAAA

Dirección / Sucursal: **Cr. 51#123a-53 apto 303, barrio Batán**
Ciudad: **Bogotá D.C.**
Teléfono:

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VR.TOTAL
103	1-103_MATRICULA PREGRADO PSICOLOGIA	EA	1	$6,462,800.00	0.00	0	$0.00	$6,462,800.00

Observaciones : SEGUNDO PERIODO ACADEMICO 2025

Total de ítems: 1

SON : CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS***

TOTAL BRUTO	**$ 6,462,800.00**
ANTICIPO	**$ 0.00**
DESCUENTOS	**$ 969,420.00**
SUBTOTAL	**$ 5,493,380.00**
IVA TOTAL	**$ 0.00**
TOTAL A PAGAR	**$ 5,493,380.00**

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

Emisor:

Elaborado por:SINU_CARTERA

Firma: _____

Nombre: _____

Firma de quien revisa:

_____

Datos de quien recibe a conformidad

Firma: _____

Nombre: _____

No documento de identidad: _____

Fecha de Recibido (dd/mm/aa): _____

Proveedor Tecnológico: Transfiriendo S.A / Software iFactura / Nit: 900032159-4

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1.000.180.589

NUIP A2J-0250.667

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33218184

33218184

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 63 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1073

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARDILA	FIGUEROA

Nombre(s)

SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes 04 Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 3091609

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FIGUEROA MELO ANA VITALIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 51.933.838 DE BOGOTA D.E.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTA D.E.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTA D.E.	Y CARLOS FRANCISCO ARDILA

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2001 Mes 05 Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Y CARLOS FRANCISCO ARDILA
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.180.589

ARDILA FIGUEROA

APELLIDOS

SARA SOFIA

NOMBRES

Sara Ardila

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

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

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01077727-F-1000180589-20190626 **00656**04653A 1 1975479046