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	**14 de Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**07002-924979**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.610.936	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gustabermudez@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20567441042
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	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:	7432566/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**11525**	**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	**01/10/2025**	**Al**	**31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.112.045
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.512.534

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**90109591**
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.	$ 6.928.000		
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	4.599.511,00	
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**	

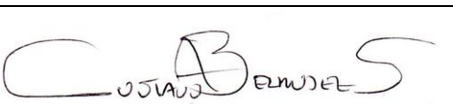
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, alin
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proceso
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efici
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habil
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Forma
Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, 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



GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

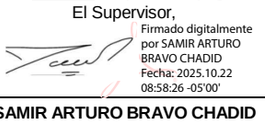
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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

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	79610936	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL	KRA 10 blS No. 14-60 SUR	0000000000	GUSTABERMUDEZ@HOTMAIL.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	30/09/2025	90109591	$570.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.800	0	0	36.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	1	36.800	36.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	570.900	570.900

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	79610936	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL		KRA 10 blS No. 14-60 SUR	0000000000	GUSTABERMUDEZ@HOTMAIL .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	
2025-09	2025-09	I	30/09/2025	90109591	$570.900	

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	79610936	BERMUDEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO	59	0			N																	25-14	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS005	1.840.000	230.000	14-23	1.840.000	1	9.700	CCF24	1.840.000	36.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000392892

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 27/01/2023 09:14:10

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL **C.C** 79610936

EDAD 49 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☐	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☑		
Optometría	☑	**¿Cuáles?** PERFIL LIPIDICO - CUADRO HEMATICCO					
Audiometría	☐						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ELECTROCARDIOGRAMA
ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO - CARDIOVASCULAR
PSICOMETRICO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.
SE SUGIERE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y MENTALES INCLUIRLO EN EL PROGRAMA DE ESTRES , MANEJO DEL TIEMPO Y SST

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 27/01/2023 09:14:10

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL **C.C** 79610936

EDAD 49 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra Deyanira Mosquera G.
Esp Salud Ocupacional
Res. 25 - 1527 - 2015

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Clinisur IPS Ltda Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

OPTOMETRÍA

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Periódico [ ]
Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 27/01/2023 07:16:00

Doc. Identidad **CC 79610936** Nombre **GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL** Fecha Nacimiento. **03/12/1973**
Entidad **PARTICULAR** Edad **49** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Último examen visual **5 AÑOS** | Usa anteojos: Si [ ] No [X] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]

Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?

Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [X] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]

Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

Antecedentes personales y/o familiares Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				**20/20**	**2040**
O.I.				**20/20**	**20/40**

Lensometria

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]	Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]
	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]
	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
	Ptosis palpebral [X] Otros:	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **ORHO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **N** Versiones **N** PPC **4CM**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
	F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]	F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]
	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**	O.D: **40" ARCO**	O.D:
O.I:	O.I:	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	**N**	-	º	**+1.75**
O.I:	**N**	-		**+1.75**

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:		-		+	**20/20**	**20/20**
O.I:		-		+	**20/20**	**20/20**

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[X]	[X]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H524 PRESBICIA
Q100 BLEFAROPTOSIS CONGENITA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [X] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:**

Paola A. Arenas P.
Optometra Especialista
Salud Ocupacional
Lic. 53 1503.2017

PAOLA ANDREA ARENAS PANTOJA
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 1031125063 RM:

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

Dircc: CALLE 27 SUR No 19-07 Tel : 2784705

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 27/01/2023 08:00:09

Fecha 27/01/2023 06:24:00

Doc: **79610936** Nombre : **GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL** Edad : **49 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	239		200	mg/dl
COLESTEROL HDL	46		65	mg/dl
COLESTEROL LDL	158.6		150	mg/dl
TRIGICERIDOS	172		200	mg/dl

Katherine Diaz G. Bacteriologa y Lab. Clinico Universidad de Santander TP 54-1172

LISBETH KATHERINNE DIAZ GOMEZ
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1090424706 RM:

Dra. Katherine Diaz G. Bacteriologa & Lab. Clínico Universidad de Santander TP 54-1172

GLICEMIA BASAL				
RESULTADO	94	70	110	mg/dL

Katherine Diaz G. Bacteriologa y Lab. Clinico Universidad de Santander TP 54-1172

LISBETH KATHERINNE DIAZ GOMEZ
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1090424706 RM:

Dra. Katherine Diaz G. Bacteriologa & Lab. Clínico Universidad de Santander TP 54-1172

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Nombre:	Gustavo Adolfo	ID de muestra:	79610936
Apellido(s):	Bermudez Sandoval	Hora de análisis:	2023/01/27 06:50
Edad:	49 Año	Tipo de muestra:	
Género:	Hombre		

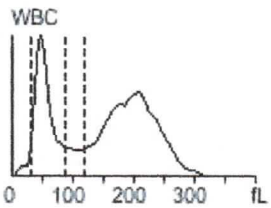
	Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1	**WBC**	**6,33**		**3,50-9,50**	**10^9/L**
2	Lym%	29,7		20,0-50,0	%
3	Gran%	64,3		50,0-70,0	%
4	Mid%	6,0		3,0-9,0	%
5	Lym#	1,88		1,10-3,20	10^9/L
6	Gran#	4,07		2,00-7,00	10^9/L
7	Mid#	0,38		0,10-0,90	10^9/L
8	**RBC**	**5,75**		**4,30-5,80**	**10^12/L**
9	HGB	16,8		13,0-17,5	g/dL
10	HCT	51,8	↑	40,0-50,0	%
11	MCV	90,0		82,0-100,0	fL
12	MCH	29,2		27,0-34,0	pg
13	MCHC	32,4		31,6-35,4	g/dL
14	RDW-CV	13,5		11,5-14,5	%
15	RDW-SD	49,0		35,0-56,0	fL
16	**PLT**	**195**		**125-350**	**10^9/L**
17	MPV	9,3		7,0-11,0	fL
18	PDW	10,9		9,0-17,0	fL
19	PCT	0,180		0,108-0,282	%
20	P-LCR	23,5		11,0-45,0	%
21	P-LCC	46		30-90	10^9/L

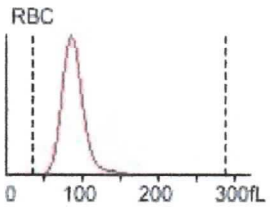
Mensaje WBC

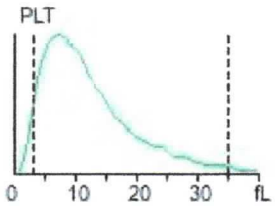
Mensaje RBC

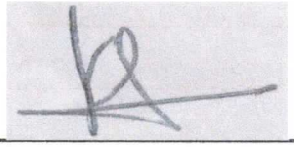
Mensaje PLT

Observaciones:









Dra. Katherine Díaz G.
Bacterióloga & Lab. Clínico
Universidad de Santander
TP 54-1172

LISBETH KATHERINE DIAZ GOMEZ
BACTERIOLOGA UNIVERSIDAD DE SANTANDER
TP: 54-1172

Tels: 2784705 - 3212889447 E-mail: clinisurips@clinisurips.com

Informe valoración psicológica

Fecha: 27 ene de 2023	Empresa: Particular	Cargo: Instructor
Nombre: Gustavo Adolfo Bermúdez Sandoval	CC: 79610936	Edad: 49 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Alteraciones del comportamiento				X	
Estado del animo				X	
SPA				X	

Valoración del riesgo

Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible (Se recomienda realizar pausas activas, incluirlo a nivel preventivo en el programa de estrés y SST)	X
Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud.	
Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.	

Daniela Estefanía Gómez Ávila
Esp. Psicología Ocupacional y Organizacional
Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Ávila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

Clinisur IPS Ltda.
Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

FECHA: 27 DE ENERO DE 2023

NOMBRE Y APELLIDO: GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL **C.C** 79'610.936

EDAD: 49 **SEXO:** M

LECTURA DE ELECTROCARDIOGRAMA

RITMO: SINUSAL

FRECUENCIA CARDIACA: 75 X'

EJE ELECTRICO: - 10 °

PR: 160 MS

QRS: 110 MS

QT: 400 MS

DIAGNOSTICO: BIRD, SINUSAL.

Dr. Helmer Duarte
Medicina Interna
Cardiología
8023793 - 253328

ESPECIALISTA

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 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:

TI	**1021683700**	**ISABELLA BERMUDEZ MORA**	**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,



GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL
C.C. 79610936

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1021675033

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41028394

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [XX] Numero [54] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] **Código** A 6 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. ++ + + + + + + +

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERMUDEZ + + +	MORA + +++ +

Nombre(s)

ISABELLA + + +

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguineo	Factor RH
Año 2007 Mes JUL D 23	FEMENINO + +	A	(P)

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. + + + +

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO + + +	A 8100291 + +

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORA OSORIO MARIA ALEJANDRA ++++++

Documento de identificación (Clase y numero)	Nacionalidad
C.C. 52.727.643 DE BOGOTA ++++++	COLOMBIANA + +

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO + +++++

Documento de identificación (Clase y numero)	Nacionalidad
C.C. 79.610.936 DE BOGOTA +++++	COLOMBIANO + +

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO ++++++

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
C.C. 79.610.936 DE BOGOTA ++++	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificacion (Clase y numero)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma

Fecha de inscripcion	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007 MES AGO DIA 13	MIRIAM SUAREZ SUAREZ

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA CINCUENTA Y CUATRO DE BTA
Este Registro es fiel Copia, tomada de su original y tiene validez permanente. 15 AGO. 2007
Dado en Santafé de Bogotá D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
Miriam Suarez Suarez
ENCARGADA
BOGOTA D.C.
NOTARIA 54

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1021683700

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50409745

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaria [X] Número 54 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A6H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERMUDEZ	MORA

Nombre(s): LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes ABR Día 10	FEMENINO	O	(+)

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	10703991_8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORA OSORIO MARIA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
cc.no.52.727.643 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BERMUDEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
cc.no.79.610.936 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BERMUDEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
cc.no.79.610.936 DE BOGOTA D.C.	

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 2011 Mes MAY Día 05	EDUARDO PACHECO JUVINAO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

ASSENDA S.A. NIT. 890.321.151-0 100242251