 <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b>	<b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</b> <b>REGIONAL DISTRITO CAPITAL</b> <b>CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.</b> <b>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</b>	<b>Código Regional</b>	<b>11</b>
		<b>Código Centro</b>	<b>930310</b>
		<b>Fecha Elaboración</b>	<b>Diciembre de 2025</b>
		<b>Versión</b>	<b>ENERO - 2.25</b>
		<b>ID de Proceso</b>	<b>28437-615185</b>
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>			
<b>Nombres y apellidos:</b>	JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS	<b>Banco a consignar:</b>	DAVIVIENDA
<b>Cédula de Ciudadanía</b>	52.837.463	<b>Tipo de cuenta:</b>	AHORROS
<b>Correo electrónico:</b>	jalfonsor@sena.edu.co	<b>Número de Cuenta:</b>	457400178507
<b>IP/Nº de contacto:</b>		<b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b>	SI
<b>Inducción SST:</b>	SI	<b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b>	NO
<b>Régimen del IVA:</b>	NO RESPONSABLE	<b>Es declarante de renta por el año gravable 2024</b>	SI
<b>¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?</b>			NO
<b>Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000</b>			SI
<b>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)</b>			NO
<b>¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?</b>			NO
<b>Concepto del pago corresponde a:</b>			Ninguno
<b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>			0,00%
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>			
<b>Nº del contrato:</b>	8499222/2025	<b>Nº Compromiso SIIF</b>	120525
		<b>Número de pagos durante la vigencia del contrato</b>	2
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR:INTERACTUAR EN LENGUA INGLESA DE FORMA ORAL Y ESCRITA DENTRO DE CONTEXTOS SOCIALES Y LABORALES SEGÚN LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR EL MARCO COMÚN EUROPEO DE REFERENCIA PARA LAS LENGUAS.		
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>			
<b>Del</b>	<b>05/11/2025</b>	<b>Al</b>	<b>30/11/2025</b>
<b>Número de pago</b>	<b>1</b>	<b>Saldo Anterior del Contrato:</b>	<b>\$ 7.819.169</b>
<b>Valor Bruto Pago:</b>	<b>\$ 3.832.926,00</b>	<b>Valor Total del Contrato:</b>	<b>\$ 7.819.169</b>
		<b>Nuevo Saldo del Contrato:</b>	<b>\$ 3.986.243</b>
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>			
Ingresos por honorarios	\$ 3.832.926	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 3.832.926</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.375.733</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>			
<b>Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Octubre</b>	
<b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>	\$ 971.008	\$ 0	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.375.733,00 TARIFA
<b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>	\$ 121.400	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA 3.556.126,00
<b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>	\$ 155.400	\$ 0	Valor base IVA 0,00
<b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
<b>ARL</b>	\$ 5.100	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
<b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA 0,00 15%
<b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 34.352,00 0,966%
<b>Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0%
<b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Intereses Prestamo de Vivienda</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Dependientes hasta</b>	\$ 383.293	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Salud hasta</b>	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Renta Exenta 25%</b>	\$ 6.556.868	\$ 792.000	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
<b>Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.</b>	\$ 0	\$ -	<b>VALOR A PAGAR</b>
<b>Retención en la Fuente Contingente</b>	\$ -	\$ -	<b>\$3.798.574,00</b>
<b>SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE</b>			
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>			
Desarrollar actividades de apoyo			
Guiar de manera integral y continua a los aprendices en su formación por proyectos durante la vigencia del contrato.			
Realizar la evaluación de los aprendices acorde a la normatividad y registrarlos oportunamente en los aplicativos dispuestos por la entidad.			
Reportar las novedades académicas y/o disciplinarias			
Participar en los comités de evaluación y seguimiento a los aprendices cuando se requiera			
Implementar las estrategias para preparar, orientar, evaluar y apoyar el aprendizaje utilizando las herramientas y métodos definidos			
Participar en las actividades convocadas por la supervisión relacionadas con la ejecución del objeto contractual.			
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>			
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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí			
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;		<b>JOHANY ANDRES CASALINAS GOMEZ</b> INSTRUCTOR G14	
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.			
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:			
<b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>MIREYA PARRA PINTO</b> <b>SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)</b>			



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS identificado(a) con CC 52837463 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de** 14/02/2025  
**Estado de la Afiliación:** ACTIVO  
**IPS:** CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA  
**Categoría:** B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 02 días del mes diciembre del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra  
Director Operaciones Comerciales  
EPS FAMISANAR S.A.S.

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS identificado con CC. 52837463 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
<b>Nombres y/o Razón</b>	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2025/11/05	<b>Fecha inicio contrato</b>	2025/11/05
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2025/12/19
<b>Riesgo</b>	1	<b>Código actividad económica</b>	1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE
<b>Estado afiliación</b>	Activo		
<b>Fecha retiro</b>		<b>Estado del contrato</b>	Activo

V. C. 111.13.02 - INFORMACIÓN FINANCIERA DE COLOMBIA

PRO-13.2.2.011.01

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

ME\_4\_1\_3\_1818 v. 018

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC02122025J52837463A599774**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**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](mailto: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.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52837463**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2023** 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 02 de diciembre 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.



## PSICOSOCIAL

**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2

**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387

**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com

**FECHA EXAMEN:**2025-10-17

CC:52837463

**Nombres y apellidos:**JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS

**Fecha de nacimiento:**12/12/1981

**Edad:**43 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +

**Teléfono:**3

**Nombre acompañante:**

**Departamento:**BOGOTÁ D.C.

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**INSTRUCTOR

**Fecha ingreso:**17/10/2025

**Fecha salida:**17/10/2025

**Teléfono acompañante:**

**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS

**EPS:**E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



### CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

#### SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

OBSERVACIONES:

\*SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.  
DE ACUERDO CON EL TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO, A LA FECHA NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL, POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA.

NOTA: ESTE TEST CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO A UN TEST DIAGNÓSTICO.

#### SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:



Erika Paola Montero Gil  
Psicóloga  
Especialista en Salud Ocupacional  
U.P.T.C.  
Lic. Res. 1424 de 2016

ERIKA. MONTERO.

CC: 1049622514

RM: N/A

LIC-SST: 1424-2016

Firma y sello del médico



JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS

CC: 52837463

Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

**CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO****SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387**EMAIL:**cit.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-10-17

**Nombres y apellidos:**JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS  
**Fecha de nacimiento:**12/12/1981  
**Empresa:**PARTICULAR  
**Empresa usuaria:**  
**Cargo:**INSTRUCTOR  
**Departamento:**BOGOTÁ D.C.  
**ARL:**  
**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**CC:**52837463  
**Edad:**43 **Sexo:**FEMENINO  
**Fecha ingreso:**2025-10-17 / 01:35:48  
**Fecha salida:**2025-10-18 / 10:52:16  
**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS  
**EPS:**E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO

**EXÁMENES REALIZADOS**

- PSICOSOCIAL
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

**CONCEPTO DE APTITUD:**

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**

CONDICIÓN VISUAL:

**RECOMENDACIONES:**

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

USO DE FORMULA VISUAL PERMANENTE

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

  
**Dr. Elisavel Estevez Suarez**  
M.D. Especialista  
Medicina del Trabajo  
L.M. Psicología  
Resolución No. 3706/20

ELISAVEL ESTEVEZ SUAREZ  
CC: 52471576  
RM: 52471576  
LIC-SST: 3788  
Firma y sello del médico



JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS  
CC: 52837463  
Firma del paciente

**Sedes Bogotá**

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

**Sedes Nacionales**

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2

**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387

**EMAIL:**cit.occidente2@cendiatra.com

**FECHA EXAMEN:**2025-10-17

**Nombres y apellidos:**JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS

**Fecha de nacimiento:**12/12/1981

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**INSTRUCTOR

**Departamento:**BOGOTÁ D.C.

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**CC:**52837463

**Edad:**43 **Sexo:**FEMENINO

**Fecha ingreso:**2025-10-17 / 01:35:48

**Fecha salida:**2025-10-18 / 10:52:16

**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS

**EPS:**E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

### Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE FORMULA VISUAL PERMANENTE



**Dra. Elisavel Estevez Suarez**  
Méd. Ocupacional  
Méd. del Trabajo  
C.O.M. No. 5784/20

ELISAVEL ESTEVEZ SUAREZ

CC: 52471576

RM: 52471576

LIC-SST: 3788

Firma y sello del médico



JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS

CC: 52837463

Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

## VISIOMETRIA

**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2

**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387

**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com

**FECHA EXAMEN:**2025-10-17

**CC:**52837463

**Nombres y apellidos:**JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS

**Fecha de nacimiento:**12/12/1981

**Edad:**43 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +

**Teléfono:**3

**Nombre acompañante:**

**Departamento:**BOGOTÁ D.C.

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**INSTRUCTOR

**Fecha ingreso:**17/10/2025

**Fecha salida:**17/10/2025

**Teléfono acompañante:**

**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS

**EPS:**E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



### ANTECEDENTES

#### ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:

NO ES USUARIO DE CORRECCION OPTICA. ULTIMO CONTROL VISUAL HACE 6 AÑOS.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

### AGUDEZA VISUAL LEJANA

#### AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:

20/40

SIN CORRECCION

OJO DERECHO:

20/50

SIN CORRECCION

OJO IZQUIERDO:

20/50

SIN CORRECCION

ESTENOPEICO:

OD 20/25 OI 20/25

### AGUDEZA VISUAL CERCANA

#### AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:

1.75 MTS.

SIN CORRECCION

OJO DERECHO VISUAL CERCANA:

2 MTS.

SIN CORRECCION

OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:

2 MTS.

SIN CORRECCION

### ESTADO MOTOR

#### ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:

O

COVER TEST VP:

O

OBSERVACIÓN:

SIN CORRECCION

### TEST COMPLEMENTARIOS

#### VISIÓN CROMATICA

VISIÓN CROMATICA:

NORMAL

SIN CORRECCION

#### ESTEREOPSIS

ESTEREOPSIS SEG:

60

SIN CORRECCION

#### CAMPIMETRIA

CAMPIMETRIA:

### DIAGNÓSTICOS

#### DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:

Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

DIAGNÓSTICO 4:

H539: ALTERACIÓN VISUAL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO 2:

H539: ALTERACIÓN VISUAL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO 5:

H539: ALTERACIÓN VISUAL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO 3:

H524: PRESBICIA

### RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

#### RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

AMETROPIA NO CORREGIDA, REQUIERE LENTES PERMANENTES PARA VISION LEJANA Y PROXIMA, CONTROL ANUAL.

#### EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN:

#### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

#### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio



GABRIELA HOYOS ROJAS  
CC: 1000707917  
RM: N/A  
LIC-SST: N/A  
Firma y sello del médico

*Judy*

JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS  
CC: 52837463  
Firma del paciente

---

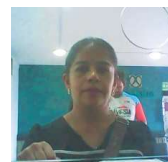
Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

**REPORTE LABORATORIO CLÍNICO****SEDE:** CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:** Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ**TELÉFONO:** 6014146397 - 6014146387**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2025-10-18**CC:** 52837463**Nombres y apellidos:** JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS**Fecha de nacimiento:** 12/12/1981**Edad:** 43 **Sexo:** FEMENINO **RH:** B +**Teléfono:** 3**Empresa:** PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:** INSTRUCTOR**Fecha ingreso:** 18/10/2025**Fecha salida:** 18/10/2025**GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA****RESULTADO**

85.0

**UNIDAD DE MEDIDA**

MG/DL

**VALOR DE REFERENCIA**NORMAL: 70-100 MG/DL,  
AGA: >100-125MG/DL,  
DM: >126**ADJUNTAR RESULTADO****CARGAR ARCHIVO**  
Maria Jose Calderon C.  
Microbiología y Biotecnología  
TP.1090481304

MARIA JOSE CALDERON CASTILLO

RM: N/A

Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

### AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2

**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387

**EMAIL:**citass.occidente2@cendiatra.com

**FECHA EXAMEN:**2025-10-17

CC:52837463

**Nombres y apellidos:**JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS

**Fecha de nacimiento:**12/12/1981

**Edad:**43 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +

**Teléfono:**3

**Nombre acompañante:**

**Departamento:**BOGOTÁ D.C.

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**INSTRUCTOR

**Fecha ingreso:**17/10/2025

**Fecha salida:**17/10/2025

**Teléfono acompañante:**

**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS

**EPS:**E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



### ANTECEDENTES OTOLOGICOS

#### SECCION 1

ENFERMEDAD DEL OIDO:

NO

EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS:

NO

ALTERACION DE LA AUDICION:

NO

DOLOR DE OIDOS:

NO

DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS CONVERSACIONES:

NO

PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS:

NO

USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS:

SI

OCCASIONAL

REALIZO POLIGONO:

NO

### INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

#### SECCION 1

TIEMPO EN EL CARGO (PERIODICO O RETIRO):

DESCRIPCION (PERIODICO O RETIRO):

NIVEL DEL RUIDO (PERIODICO O RETIRO):

TIPO DE PROTECCION (PERIODICO O RETIRO):

### ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

#### SECCION 1

CARGO:

PROFESORA

TIEMPO EN EL CARGO:

22 AÑOS

NIVEL DEL RUIDO:

BAJO

TIPO DE PROTECCION:

NINGUNA

### OTOSCOPIA

#### SECCION 1

OD:

NORMAL

OI:

NORMAL

### AUDIOGRAMA VIA AEREA

#### AUDIOGRAMA

#### AUDIOGRAMA VIA AEREA

#### AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO

#### AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO

Sedes Bogotá

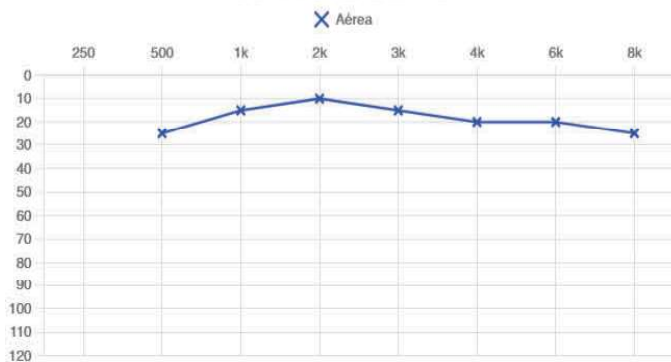
Sedes Nacionales

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

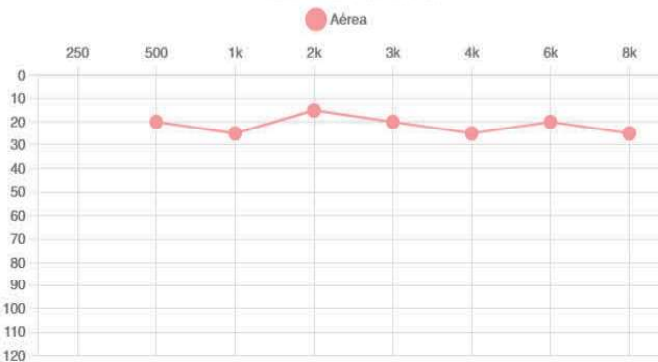
Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

AUDIOGRAMA OIDO IZQUIERDO



AUDIOGRAMA OIDO DERECHO



	250	S.R	500	S.R	1K	S.R	2K	S.R	3K	S.R	4K	S.R	6K	S.R	8K	S.R
OD			20		25		15		20		25		20		25	
OI			25		15		10		15		20		20		25	

**INTERPRETACIÓN**

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	21.25
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	15

**DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO**

**NIVELES DE AUDICION NIOSH 126/1998**

NORMAL 24 DB:  
 HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB:  
 HIPOACUSIA MODERADO 41-55 DB:  
 HIPOACUSIA MODERADO-SEVERA 56-70 DB:  
 HIPOACUSIA SEVERA 71-90 DB:  
 HIPOACUSIA PROFUNDA > 91 DB:  
 OBSERVACIONES:

BILATERAL

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

**DIAGNOSTICO**

**SECCION 1**

DIAGNÓSTICO 1:  
 DIAGNÓSTICO 2:

Z011: EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN

**CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR**

**SECCION 1**

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA:	NO	
CONTROL AUDITIVO EN:	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA:	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO:	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL:	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS:	NO	



RUTH KARIME GONZALEZ  
 CARRILLO  
 CC: 1090381979  
 RM: N/A  
 LIC-SST: 13517 14 DIC / 2019  
 Firma y sello del médico

*Judy Carolina Alfonso Rojas*

JUDY CAROLINA ALFONSO ROJAS  
 CC: 52837463  
 Firma del paciente

**Sedes Bogotá**

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
 Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
 Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

**Sedes Nacionales**

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
 San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
 Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
 Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de noviembre de 2025

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:

<b>NUIP - NIP</b>	<b>1141369169</b>	<b>Victoria Pacheco Alfonso</b>	<b>HIJO</b>
-------------------	-------------------	---------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Judy Carolina Alfonso Rojas

C.C. 52837463



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

60716665

NUIP 1141369169

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría Notaría X Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código D T Z
País: Departamento Municipio Corregimiento a/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 68 BOGOTA DC

Datos del inscrito
Primer Apellido Segundo Apellido
PACHECO ALFONSO
Nombre(s)
VICTORIA
Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2 0 1 9 Mes O C T Día 2 4 FEMENINO B POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Numero certificado de nacido vivo
15564154-0

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
ALFONSO ROJAS JUDY CAROLINA
Documento de Identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC No. 52837463 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
PACHECO RUBIO YOBER SAMIR
Documento de Identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC No. 79612854 COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
PACHECO RUBIO YOBER SAMIR
Documento de Identificación (Clase y número) Firma
CC No. 79612854

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 2 0 1 9 Mes O C T Día 3 1
ASTRID DOLORES BELTRAN VARGAS

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
ASTRID DOLORES BELTRAN VARGAS

ESPACIO PARA NOTAS
OTRO: LV 194 FOLIO 293; 31/10/2019

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, Y EXPIDE EN BOGOTA D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 31 OCT 2019 CON VALIDEZ PERMANENTE.
EL NOTARIO
ASTRID DOLORES BELTRAN VARGAS
NOTARIO ENCARGADO
NOTARIA ENCARGADA SESENTA Y OCHO (68) DEL CIRCULO DE BOGOTA D, C



Primera (1) copia
Exenta de pago
Registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REGISTRO CIVIL

