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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**70602-105835**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ESPERANZA RIVAS ESCOBAR	**Banco a consignar:**	BANCO POPULAR
Cédula de Ciudadanía	40.774.930	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	erivase@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	210620273284
IP/Nº de contacto:	87307	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9093779/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**6326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	930710-0319Instructor. Prestar servicios profesionales como Instructor (a) para desarrollar actividades propias de la Formación Profesional Integral EN ETAPA LECTIVA Y/O PRODUCTIVA DEPENDIENDO DE LA PROGRAMACION ASIGNADA Y NECESIDAD DEL CENTRO, mediante la orientación y ejecución de procesos formativos presenciales y/o a distancia, virtuales y/o

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/02/2026 Al 28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.374.970
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.637.473

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Honorarios profesionales a persona declarante de re	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Febrero	Enero			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9499766876**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.900	$ 0	Reteica - 8551 - POPAYAN	9.475,00	0,200%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 34.479.550	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.728.022,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 3198324 Competencia Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa Resultado de Aprendizaje Recopilar la información del sistema de costeo en el ente económico de acuerdo con políticas contables y normativa Total horas 72

Ficha 3233482 Competencia Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa Resultado de Aprendizaje Reconocer ingresos y gastos, según criterios de medición, procedimiento técnico y normativa Total 48 Horas

Ficha 3172871 Competencia Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa Resultado de Aprendizaje Recopilar la información del sistema de costeo en el ente económico de acuerdo con políticas contables y normativa Total horas 24.

Ficha 33152152 Competencia Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa Resultado de Aprendizaje Reconocer ingresos y gastos, según criterios de medición, procedimiento técnico y normativa Total 5 Horas, Alistamiento 8 horas.

Total 157 Horas

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

Esperanza Rivas E

Firmado digitalmente por Esperanza Rivas Escobar
Fecha: 2026.02.20 16:35:55 -05'00'

ESPERANZA RIVAS ESCOBAR
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

Firmado digitalmente por DIEGO EDUARDO ERAZO
Fecha: 2026.02.23 14:08:26 -05'00'

DIEGO EDUARDO ERAZO GUERRERO
INSTRUCTOR

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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40774930		RIVAS ESCOBAR ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 27 1C 87	FLORENCIA-CAQUETA	4343725	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	70567681	9499766876	I	2026/02/09	2026/02/17	BANCO POPULAR	8	$677,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,320,392	$371,300			$2,320,392	$290,100			$0	$0			$2,320,392		$12,200		$0	$0		$673,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,320,392	$371,300			$2,320,392	$290,100			$0	$0			$2,320,392		$12,200		$0	$0		$673,600
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)																					$2,320,392	$371,300			$2,320,392	$290,100			$0	$0			$2,320,392		$12,200		$0	$0		$673,600
1	CC	40774930	RIVAS ESPERANZA	X							X									25-14	30	$2,320,392	$371,300	EPS005	30	$2,320,392	$290,100		0	$0	$0	14-23	30	$2,320,392	0.522%	$12,200	0	$0	$0	No	$673,600
Total		**Afiliados(1)**																			$2,320,392	$371,300			$2,320,392	$290,100			$0	$0			$2,320,392		$12,200		$0	$0		$673,600

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$371,300	$1,900	$0	$373,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$371,300	$1,900	$0	$373,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,200	$100	$0	$12,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,200	$100	$0	$12,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,100	$1,500	$0	$291,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$290,100	$1,500	$0	$291,600
TOTAL				**1**	**$673,600**	**$3,500**	**$0**	**$677,100**

Gmail **Esperanza rivas escobar <esperanzarivase@gmail.com>**

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 70567681

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 17 de febrero de 2026 a las 12:09 p.m.
Para: esperanzarivase@gmail.com

¡Hola, Esperanza Rivas Escobar!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 677.100

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9499766876

Fecha de la transacción: 17/02/2026

CUS: 70567681

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141228680561

(415)7707212489984(8020) **000014122868056 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 7 7 4 9 3 0	1	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 7 7 4 9 3 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	La Plata 3 9 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIVAS	ESCOBAR	ESPERANZA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	La Plata 3 9 6

41. Dirección principal
CL 22 BRR CANADA

42. Correo electrónico esperanzarivase@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 8 1 6 0 6 1 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 6 0 1 1 0	7 4 9 0	2 0 1 5 0 8 3 1				4 1 1 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RIVAS ESCOBAR ESPERANZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

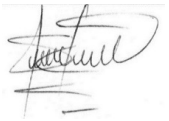
COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ESPERANZA RIVAS ESCOBAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40774930,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2025** 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 10 de enero de 2026.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que **Esperanza Rivas Escobar**, identificado(a) con **CC** número **40774930**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40774930
NOMBRES Y APELLIDOS	Esperanza Rivas Escobar
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	19/04/1970
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 40774930 ESPERANZA RIVAS ESCOBAR Desde 05/02/2024 - Vigente N.I.T. 860512780

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

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

CERTIFICA

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1117503519
NOMBRES Y APELLIDOS	Andres Leonardo Zarate Rivas
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	07/11/2006
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	16/02/2023
NIVEL SISBEN	No aplica

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1117489958
NOMBRES Y APELLIDOS	Daniel Felipe Zarate Rivas
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	14/09/2004
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	17/02/2023
NIVEL SISBEN	1

Generado por interfaces

17/02/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Hace constar:

Que el Sr(a) ESPERANZA RIVAS ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40774930 realizó el día 19/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

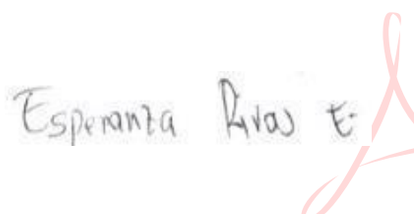
Yo ESPERANZA RIVAS ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40774930 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ESPERANZA RIVAS ESCOBAR identificado con CC. 40774930 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/20	**Fecha inicio contrato**	2023/02/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2023/10/03
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Retirado

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de febrero del 2026.

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 para mantener la cobertura.

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: **CC20022026E40774930E10175431.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ESPERANZA RIVAS ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40774930 el día 17/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Esperanza Rivas

C.C 40.774.930

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 17 de febrero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761115172000

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017

Certifico que el señor (a) contratista **ESPERANZA RIVAS ESCOBAR** IDENTIFICACIÓN cedula de ciudadanía No. **40774930** cumple con los documentos del siguiente perfil

CIUU	Área del contratista	Labor	Exámenes preempleo	Énfasis	Vacunación obligatoria hepatitis B
3331201	Instructor	Contratista	Optometría Audiometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	Si ( ) No (X)

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.



VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad del Cauca
Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 11 de febrero de 2026

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

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

CERTIFICA

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1117503519
NOMBRES Y APELLIDOS	Andres Leonardo Zarate Rivas
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	07/11/2006
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	16/02/2023
NIVEL SISBEN	No aplica

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1117489958
NOMBRES Y APELLIDOS	Daniel Felipe Zarate Rivas
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	14/09/2004
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	17/02/2023
NIVEL SISBEN	1

Generado por interfaces

17/02/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Popayán, 17 de febrero de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Popayán

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:

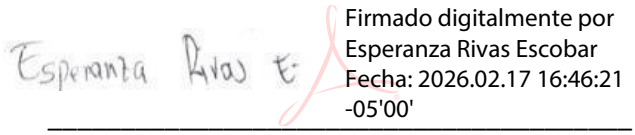
C.C.	**1117489958**	**Daniel Felipe Zarate Rivas**	**HIJO**
C.C	**1117503519**	**Andrés Leonardo Zarate Rivas**	**HIJO**

Toda vez que cumpl1e 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: _Esperanza Rivas Escobar_____
C.C. 40.774.930 Florencia

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 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.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

Notaría 3a Popayán

NOTARIA Tercera DEL CIRCULO DE Popayán.

ACTA DE DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO

(CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO ARTICULO 188)

ACTA No. 00118

En la ciudad de Popayán, Departamento del Cauca, República de Colombia, a los TRECE (13) DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE DOS MIL VEINTICINCO (2025)., al despacho de LA NOTARIA Tercera DEL CIRCULO DE Popayán, cuyo cargo ejerce MARIO OSWALDO ROSERO MERA, como Notario Titular, compareció ESPERANZA RIVAS ESCOBAR, mayor de edad, vecina de POPAYÁN, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 40.774.930, de estado civil Soltera sin unión marital de hecho, residente en Calle 35N No. 4B-80 Barrio Aida Lucia Apartamento 256, de nacionalidad Colombiana, de ocupación Instructora del SENA, con No. de teléfono 3138160611, persona hábil para contratar y obligarse, con el fin de rendir testimonio extra-proceso ante notario quien manifestó: PRIMERO: Que se encuentra en su entero y cabal juicio y rinde la declaración que se presenta en este instrumento bajo la gravedad de juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso.- **NOTA:** se coloca en conocimiento el Articulo 442 del Código Penal que dice: **"El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años"- SEGUNDO-** Que no tiene ninguna clase de impedimento para rendir esta declaración juramentada, la cual hace bajo su única y entera responsabilidad.- **TERCERO- Me llamo e identifico como queda escrito, declaro bajo la gravedad de juramento que soy madre SOLTERA CABEZA DE FAMILIA, ejerzo la jefatura de mi hogar, tengo a cargo mi hogar tanto afectiva, económica, y social en forma permanente y respondo económicamente por mis hijos; DANIEL FELIPE ZARATE RIVAS, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.117.489.958, quien presenta una condición de discapacidad (mielomeningocele e hidrocefalia), y ANDRES LEONARDO ZARATE RIVAS, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.117.503.519, quien actualmente cursa segundo semestre de Ingeniería de Software en la Corporación Universitaria Autónoma del Cauca.; soy quien responde por todos sus gastos en general, en cuanto a vivienda, alimentación, salud, recreación, estudio, vestido y todo lo que implica su cuidado y bienestar. Rindo la presente declaración para adelantar trámites legales y/o administrativa ante la**

Powered by CamScanner

entidad que corresponda. "ESA ES TODA MI DECLARACIÓN". No siendo otro el objeto de la presente diligencia, se termina una vez leída y aprobada por el(la) declarante, queda autorizada por el(la) señor(a) Notario(a). ESTA DECLARACIÓN SE REALIZA A PETICIÓN DEL DECLARANTE. ADVERTENCIA: AL DECLARANTE SE LE ADVIERTE QUE DEBE LEER CON CUIDADO SU DECLARACIÓN ANTES DE FIRMARLA, PUESTO QUE UNA VEZ AUTORIZADA POR EL NOTARIO, ESTA NO SERÁ MODIFICADA, NI ADICIONADA, NI COMPLEMENTADA.

ESTA DECLARACIÓN NO TIENE COSTO. Decreto 188 de 2013 y Resolución No. 00585 de 24 enero 2025.

NOMBRE E IDENTIFICACIÓN	FIRMA
ESPERANZA RIVAS ESCOBAR C.C. Nº. 40.774.930	Esperanza Rivas Escobar.

Notaría 3a Popayán

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Mario Oswaldo Rosero Mera

MARIO OSWALDO ROSERO MERA

Para comprobar si esta diligencia se realizó en la Notaría Tercera de Popayán, consulte con el PIN de seguridad No en la página WEB: www.notaria3popayan.com/public o al teléfono 822 00 12 - 310 449 09 50

Powered by CamScanner

Folio: 3 **Fecha de Registro:** 23/10/2025 3:24:46 p. m. **Ingreso:** 2150123 **N° Historia Clinica:** 1117489958

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA 23/10/2025 15:27

Datos Personales

Nombre Paciente:	DANIEL FELIPE ZARATE RIVAS		**Identificación:**	1117489958	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	14/septiembre/2004	**Edad Actual:** 21 Años / 1 Meses / 8 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre	
Dirección:	CALLE 26 4 58		**Teléfono:**	3138160611	
Procedencia:	POPAYAN		**Ocupación:**	AMA DE CASA	

Datos de Afiliación

Régimen:	Contributivo		
Plan Beneficios:	SANITAS PREMIUM	**Nivel - Estrato:**	PREMIUM

Datos del Ingreso *FOLIO N° 3* *(Fecha: 23/10/2025 03:24 p. m.)*

Resp. / Acomp:	ESPERANZA RIVAS	**Tel Resp/Acom:**	
Dir Resp/Acom:		**Nº Ingreso:**	2150123 **Fecha:** 23/10/2025 3:02:59 p. m.
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

Antecedentes

Médicos	MIELOMENINGOCELE HIDROCEFALIA	21/06/2023 5:35:04 p. m.
Familiares	NIEGA	21/06/2023 5:35:04 p. m.
Quirúrgicos	HIDROCEFALIA CON DERIVACION VENTRICULOPERITONEAL	21/06/2023 5:35:04 p. m.
		23/10/2025 3:24:46 p. m.

Motivo de Consulta

Reside en Popayán (procede de Florencia/Caqu).

Enfermedad Actual

Historia de mielomeningocele manejado en la infancia.
Estuvo en maneo con solifenacina y mirabegrón. Notó disminución del goteo urinario pero no la resolución completa.
No se hace cateterismo intermitente.
Deposiciones 2 veces al día. Episodios de incontinencia fecal.
Erecciones normales.

///Estudios
-- Urodinamia + EMG (25/8/23 - dr LGGM): micción coordinada, detrusor hiperactivo de origen neurogénico, incontinencia urinaria de urgencia. Acomodación normal. micción dismionuido. ¿afectación contráctil?
-- Eco de vías urinarias (24/8/22): normal.

///AP: niega crónicas.
-- Qx: corrección de hidrocefalia, mielomeningocele.
-- Niega tabaquismo.
-- Niega alergias.

Revision Por Sistemas

Niega otros

Folio: 3 **Fecha de Registro:** 23/10/2025 3:24:46 p. m. **Ingreso:** 2150123 **N° Historia Clinica:** 1117489958

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA 23/10/2025 15:27

Signos Vitales

T.A: 125 / 78 mmHg **F:C:** 78 lpm **F.R:** 18 rpm **T°:** 36 °C **Peso:** 95,00 kg **Talla:** 172,00 cm **I.M.C:** 32

Paciente con Dolor? No

Exámen Físico

Estado General

Buenas condiciones

Hallazgos Positivos

Se difiere.

Conciliación Medicamentosa

NO "EN LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE SE REFIERE NO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PREVIOS A ESTA VALORACIÓN."

Consumo de Cigarrillo

¿Consumo de Cigarrillo? No

Análisis

Paciente con disfunción neurogénica del tracto urinario inferior. Tiene hiperactividad con incontinencia de urgencia. No me queda clara la capacidad contráctil del detrusor (no se hace cateterismos pero tiene orina fétida). Pienso que debe estudiarse adecuadamente la capacidad contráctil antes de pensar en aplicación de Bótox.Solicito urodinamia con EMG. COntrol con resultado

Plan

-- Urocultivo-- Urodinamioa-- Control

Diagnósticos

N310	VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	☑ Principal

****Indicaciones Medicas****

Ver historia

****Exámenes Solicitados****

Código	Descripción	Cantidad
901236	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	1

****Procedimientos No Quirúrgico****

Código	Descripción	Cantidad
892001	URODINAMIA STANDAR	1
Observacion:		
890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	1
Observacion:	Con resultado	

Folio: 3 **Fecha de Registro:** 23/10/2025 3:24:46 p. m. **Ingreso:** 2150123 **N° Historia Clinica:** 1117489958

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA 23/10/2025 15:27



Profesional: *JAIME ALEJANDRO RESTREPO GONZALEZ* ***Registro Profesional:*** *19-0414-08*

Especialidad: *UROLOGIA*

SOLICITUD DE SERVICIOS AMBULATORIOS

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA AMBULATORIA

Nº Historia Clínica: 1117489958 **Nº Folio:** 3 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	DANIEL FELIPE ZARATE RIVAS	**Identificacion:**	1117489958	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	14/septiembre/2004 **Edad Actual:** 21 Años / 1 Meses / 8 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre	
Dirección:	CALLE 26 4 58	**Teléfono:**	3138160611	
Procedencia:	POPAYAN	**Ocupación:**	AMA DE CASA	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	SANITAS PREMIUM	**Régimen:**	
Plan Beneficios:	SANITAS PREMIUM	**Nivel - Estrato:**	PREMIUM

DATOS DEL INGRESO

Responsable:	ESPERANZA RIVAS	**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2150123 **Fecha:** 23/10/2025 3:02:59 p. m.
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

LISTADO DE EXÁMENES		**ÁREA SERVICIO:**	**35111**	**APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO**	
CODIGO	**DESCRIPCION**			**CANTIDAD**	**ESTADO**
901236	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO			1	Rutinario

Observaciones:

Total Ítems: 1

Profesional: *JAIME ALEJANDRO RESTREPO GONZALEZ* ***Registro Médico:*** *19-0414-08*

Especialidad: *UROLOGIA*

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

SOLICITUD DE SERVICIOS AMBULATORIOS

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA AMBULATORIA

Nº Historia Clínica: 1117489958 **Nº Folio:** 3 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	DANIEL FELIPE ZARATE RIVAS			**Identificacion:**	1117489958 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	14/septiembre/2004	**Edad Actual:**	21 Años / 1 Meses / 8 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	CALLE 26 4 58			**Teléfono:**	3138160611
Procedencia:	POPAYAN			**Ocupación:**	AMA DE CASA

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	SANITAS PREMIUM	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	SANITAS PREMIUM	**Nivel - Estrato:**	PREMIUM

DATOS DEL INGRESO

Responsable:	ESPERANZA RIVAS	**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2150123 **Fecha:** 23/10/2025 3:02:59 p. m.
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

LISTADO DE SERVICIOS NO QX		**ÁREA SERVICIO:**	**32113**	**CONSULTA EXTERNA - PROCEDIMIENTOS**	
CODIGO	**DESCRIPCION**			**CANTIDAD**	**ESTADO**
892001	URODINAMIA STANDAR			1	Rutinario
Observaciones:					
890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA			1	Rutinario
Observaciones:	Con resultado				

Total Ítems: 2

Profesional: *JAIME ALEJANDRO RESTREPO GONZALEZ* ***Registro Médico:*** *19-0414-08*

Especialidad: *UROLOGIA*

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Nit: 891501676

Fecha Actual : jueves, 23 octubre 2025

INDICACIÓN - ORDEN MEDICA

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA AMBULATORIA

Nº Historia Clínica: 1117489958 **Nº Folio:** 3 **Folio Asociado:**

Datos Personales

Nombre Paciente:	DANIEL FELIPE ZARATE RIVAS		**Identificacion:**	1117489958	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	14/septiembre/2004	**Edad Actual:** 21 Años / 1 Meses / 8 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre	
Dirección:	CALLE 26 4 58		**Teléfono:**	3138160611	
Procedencia:	POPAYAN		**Ocupación:**	AMA DE CASA	

Datos de Afiliación

Entidad:	SANITAS PREMIUM	**Régimen:**	Contributivo
Plan Beneficios:	SANITAS PREMIUM	**Nivel - Estrato:**	PREMIUM

Datos del Ingreso

Responsable:	ESPERANZA RIVAS	**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2150123 **Fecha:** 23/10/2025 3:02:59 p. m.
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

Diágnostico

N310	VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	☑ Principal

Indicación Médica

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle: Ver historia

Requiere Hospitalización: ☐



Profesional: *RESTREPO GONZALEZ JAIME ALEJANDRO* ***Registro Médico:*** *19-0414-08*

Especialidad: *UROLOGIA*

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 2081268757

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: andres.zarate.r@uniautonoma.edu.co

mié, 14 de ene de 2026 a la hora 1:55 p. m.

¡Hola, ANDRES LEONARDO ZARATE RIVAS!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 2.995.200

Empresa: CORPORACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DEL CAUCA

Descripción: AS- MAT.1P-2026- MATRICULA 18 CREDITOS DE TERCER SEMESTRE (INGENIERIA DE SOFTWAR

Fecha de la transacción: 14/01/2026

CUS: 2081268757

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.117.503.519



Apellidos
ZARATE RIVAS

Nombres
ANDRES LEONARDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
07 NOV 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
12 NOV 2024, POPAYAN

Firma

Fecha de expiración
13 NOV 2034

.CO

058720419

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL058720419811001<<<<<<<<<<<
0611073M3411137COL1117503519<6
ZARATE<RIVAS<<ANDRES<LEONARDO<


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.117.489.958
Apellidos
ZARATE RIVAS
Nombres
DANIEL FELIPE
Nacionalidad
COL
Estatura
1.70
Sexo
M
Fecha de nacimiento
14 SEPT 2004
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)
Fecha y lugar de expedición
23 SEPT 2022, POPAYAN
Fecha de expiración
27 SEPT 2032
Firma
Daniel Felipe


.CO
005031050
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL005031050011001<<<<<<<<<<<
0409142M3209273COL1117489958<6
ZARATE<RIVAS<<DANIEL<FELIPE<<<

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1117489958

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38647043

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 8 K

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

REGISTRADURIA DE FLORENCIA COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ZARATE**********	RIVAS**********

Nombre(s)

DANIEL FELIPE**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes SEP Día 14	MASCULINO*******	A*******	+*******

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

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
TESTIGOS**********	**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RIVAS ESCOBAR ESPERANZA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040774930**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	x

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

LLANOS NUÑEZ SANDRA PATRICIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0040781725**********	x

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

LLANOS NUÑEZ YAZMIN**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0030505074**********	Yazmin Llanos

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2004 Mes OCT Día 20	RUBY ESTHER VELEZ RUZ**********
	Nombre y firma

FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

Registradora del Estado Civil

29 DIC. 2014

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

NUIP 1117503519

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 9489884

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 8 K

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

REGISTRADURIA DE FLORENCIA COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ZARATE**********	RIVAS**********

Nombre(s)

ANDRES LEONARDO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes NOV Día 07	MASCULINO*******	O******	+*******

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

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A6774786**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RIVAS ESCOBAR ESPERANZA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040774930**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	x

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 2006 Mes NOV Día 17	RUBY ESTHER VELEZ RUZ**********
	Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Banco Popular

Certifica

Que **Esperanza Rivas Escobar**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nro. **40774930** es titular de la **Cuenta de Ahorros** Nro. **210620273284** y a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido en el contrato.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a :
Esperanza rivas Escobar a los 10 días del mes de enero del año 2026
.

Atentamente,

Banco Popular S.A.

Documento sin firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA