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	Marzo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	55200-761933

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO	**Banco a consignar:**	SCOTIABANK COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	1.019.034.541	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ambarrero@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	001003980363
IP/Nº de contacto:	12177	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 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	SI
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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9183535/2026	**Nº Compromiso SIIF**	43926	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.006.221
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.268.724

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	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	**$ 2.682.092**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**62866814**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ 137.655	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 894.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 894.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.682.092,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	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	**$4.696.950,00**	

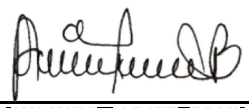
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Asistencia a las jornadas de capacitación de la Dirección de Formación correspondientes a las transferencias de conocimientos
2. Asistencia a reuniones de Equipo Ejecutor de Formación (EEF) de las fichas asignadas (3236071 3335956 3070295 3336457 3027484)
3. Asistencia a jornada de "CAPACITACION RIESGO PUBLICO"
4. Elaboración y publicación de anuncios de las fichas asignadas para impartie formación en competencias Técnicas y transversales
5. Calificación de evidencias de las fichas asignadas en ejecución y registro de los resultados en la plataforma ZAJUNA
6. Seguimiento y actualización a las calificaciones en las plataformas ZAJUNA y Sofia de las fichas asignadas en ejecución
7. Sincronización y registro de Juicios evaluativos en la plataforma Sofia de las fichas asignadas en ejecución
8. Elaboración y registro de respuestas a solicitudes de aprendices via correo electrónico, WhatsApp, plataforma ZAJUNA
9. Realización de sesiones en linea y atención sincrónica de las fichas asignadas en ejecución

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



ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO
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,



DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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	1019034541	ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO	Carrera 111c 80-20	6960460	marcela120414@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62866814	04/03/2026	1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$2,830,000	$838.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	353.800	0		0		0	0	0	0	353.800	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
231001	Colfondos	800227940-6	452.800	0	0	0	0	0	0		452.800	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	14.800				14.800	0	0	14.800			148	14.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.000	0	0	17.000	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	353.800	353.800
Pensión	1	452.800	452.800
Riesgos Laborales	1	14.800	14.800
CCF	1	17.000	17.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	838.400	838.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019034541	ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO	Carrera 111c 80-20	6960460	marcela120414@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62866814	04/03/2026	1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$2,830,000	$838,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número 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	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1019034541	BARRERO VALLEJO ADRIANA MARCELA	59	0			N																	231001	2,830,000	30	452,800	0	0	0	0	EPS008	2,830,000	30	353,800	14-23	2,830,000	30	1	14,800	CCF24	2,830,000	30	17,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REVISAVIAE LTDA
D. G. S. S. T

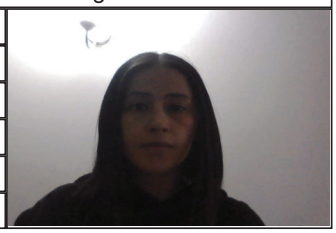
REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764006152646 que habilita desde FE 1 hasta FE 1000000. Vence 2021-10-23 IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA No somos Grandes Contribuyentes Actividad Económica ICA 8621 9.66 X 1000

FECHA ▼			Tipo de examen ►	Ingreso
Día	Mes	Año	Ciudad ▼	Departamento ▼
06	01	2026	Bogota, d.c.	Santa Fe de Bogotá D.C.

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
BARRERO	VALLEJO	ADRIANA	MARCELA



Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
CC	1019034541	2007-07-12	F	37 Años

Nombre del cargo ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
EVALUADOR DE COMPETENCIA	Particular	

INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto Para El Cargo	

RECOMENDACIONES PARTICULARES: usar elementos de proteccion personal -- realizar pausas activas cada 2 horas durante 3 - 5 minutos de movilidad articular y estiramiento musculotendinoso generalizado -- apto para cargo

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO ▼

Examen Ocupacional sin alteración aparente al momento del examen

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼

Osteomuscular	Respiratorio	Cardiovascular	Optometria
Psicometrico	Glicemia	Trigliceridos	Colesterol total
Cuadro Hematico			

RECOMENDACIONES ▼

Control Medico (ocup)	Pausas Saludables Mmii	Pausas Saludables Mmss	

El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ►	SI		NO	X
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ►	SI		NO	X
Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼				

Recomendaciones generales▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el examen. Fui informado(a) sobre la confidencialidad de la información personal por mi suministrada los resultados paraclínicos. Autorizo a la unidad médica a suministrar la información aquí registrada a las entidades contempladas en la legislación vigente para dar cumplimiento del programa de Seguridad y salud en el trabajo y todo lo que se derive de la legislación colombiana. Los derechos que me asisten como titular de la información son los contemplados por la ley, entre ellos el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que de mí se tiene en bases públicas o privadas, tales derechos podrían ejercerse mediante comunicación escrita al correo Revisaviae@yahoo.es o comunicación escrita en nuestras oficinas,Finalmente, manifiesto que estoy en capacidad de expresar mi consentimiento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼

Médico Ocupacional ▼	Aspirante a trabajador ▼
Dr. (a) SANTIAGO ORTIZ HOYOS RM 1136883709 Especialista Salud Ocupacional Licencia S.O. 25-0843 REVISAVIAE LTDA SALUD OCUPACIONAL 7240L REGISTRO MEDICO	Nombre: ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO C.C. 1019034541

La presente certificacion se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, y amparada con base al consentimiento informado y con destino a la hoja de vida del trabajador.

EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

REVISAVIAE LTDA

FECHA	06/01/2026
EXAMEN A REALIZAR	**GLICEMIA, CUADRO HEMATICO, PERFIL LIPIDICO**
NOMBRE	ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO
TIPO DOCUMENTO	CC
Nº DOCUMENTO	1019034541
GENERO	FEMEMINO
CONTACTO	

REVISAVIAE LTDA
D. G. S. S. T

CITOMETRIA SANGUINEA	
LEUCOGRAMA	
LEUCOCITOS /mm3 Rto Diferencial	4900
NEUTROFILOS%	67
LINFOCITOS %	30
BASOFILOS %	
EOSINOFILOS	3
MONOCITOS %	
OTROS	
MORFOLOGIA	
HEMOGRAMA	
HEMATOCRITO %	48
HEMOGLOBINA grs %	16,7
V.S.G. (Westergren) mm/hr	
PLAQUETAS (150,000 - 450,000/mm)	227000

INMUNOSEROLOGIA	
VDRL (RPR)	
PCR	
RATEST	
ASO	
(Ref: No mayor 200 UI/dl)	
PSA:	
OTROS	

METABOLITOS

CARBOHIDRATOS	
GLUCOSA BASAL (70-110 mgrs-dl)	88
POSTPRANDIAL (menor de 170mg%)	

PROTEINAS	
TOTAL(6,6-8,3 g/dl)	
ALBUMINAS (3,8-5,3 g/dl)	
GLOBULINAS (2,2 - 2,2 g/dl)	

LIPIDOS	
COLESTEROL (150-210 mgrs/dl)	199
HDL (mayor de 38 mgrs/dl)	48
LDL (inferior a 110 mgrs/dl)	120
trigliceridos (40-170 mgrs/ dl)	155
INDICE ARTERIAL (hasta 0,6)	

OTROS	
ACIDO URICO)3,0-7,9 mg/dl)	
B.U.N (4-24,5 mg/dl)	
CREATININA (0,6 - 1,2 mg/dl)	
TOTAL (0-1,2 mg%)	
DIRECTA (0 - 0,2 mg%)	
INDIRECTA (0 - 0,8 mg%)	

VALIDADO

MAGDA PINZON
BACTERIOLOGA 1132

TEST DE WARTEGG

Nombre:	ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO
Edad:	37 años
Sexo:	Femenino
Cargo:	PSICOLOGA
Nivel Académico:	Profesional

ANALISIS GENERAL

Adriana Marcela se muestra con buena actitud y disposición para la aplicación de la prueba, informa no haberse sentido presionada, ansiosa o impaciente antes de realizarla.

Se encontraba perceptiva, estable y orientado en tiempo, espacio y persona al momento de elaborar los dibujos, tenía buena motricidad para llevar a cabo las exigencias de cada cuadro a dibujar.

El tema que más le agrado a Adriana Marcela fue lo dibujado en el campo número 6, lo que indica que una de las prioridades en su vida es el análisis de informacion. El tema que menos le agrado fue lo dibujado en el campo número 4, lo que significa que tiende a aplazar el manejo de tensiones.

El orden que llevo a cabo para la elaboración de los dibujos fue, el siguiente el campo numero 1 fue 1 luego 2, 3, 4, 5, 6, 7 y por último el 8.

SIGNIFICADO DE CADA CUADRO ESCOGIDO POR EL EVALUADO

CAMPO 1	Relajación
CAMPO 2	Suavidad
CAMPO 3	Rutina
CAMPO 4	Tranquilidad
CAMPO 5	Meta
CAMPO 6	Amistad
CAMPO 7	Familia
CAMPO 8	Poder

INTERPRETACIÓN

CAMPO 1
Representa la forma como la persona evaluada vivencia su propia individualidad.
Se evidencia que Adriana Marcela se siente el centro de su mundo y parte fundamental de él, es seguro de sí mismo, reconoce adecuadamente su individualidad, es capaz de tolerar la crítica y de buscar situaciones en las que se pueda desenvolver adecuadamente.

CAMPO 2
Representa la forma como el evaluado establece relaciones con otros el interactuar
Adriana Marcela es amable, empática y cordial, adecuadas relaciones interpersonales, establece fácilmente vínculos permanentes con los demás, si alguien lo aborda responde adecuadamente a sus necesidades ya que posee habilidades de servicio al cliente.

CAMPO 3
Representa las ambiciones y proyección hacia el futuro
Tiene metas y proyectos estructurados, es líder y competitiva, establece metas y proyectos por lo tanto trabaja diariamente para conseguirlo.

CAMPO 4
Representa la relación del evaluado con su inconsciente
Refleja adecuado manejo de presión no deja que sus emociones intervengan o nublen su juicio es muy objetiva.

CAMPO 5
Representa la voluntad y agresividad para vencer obstáculos y los recursos al enfrentar los problemas
Canaliza muy bien su energía por lo tanto el manejo y resolución de los conflictos es recursiva y realiza seguimiento constante para la consecución de los resultados.

CAMPO 6
Representa el tipo de pensamiento valor a la capacidad intelectual
Analiza y consolida datos sin embargo no haya fácilmente coherencia rápidamente a varias partes a la vez, tiene alta atención al detalle.

CAMPO 7
Representa la capacidad de entrega en las relaciones afectivas. Aquí se evidencia la necesidad a exteriorizar problemas afectivos o a la expresión de la sensibilidad y el estado de madurez afectiva.
No expresa con facilidad sus sentimientos y emociones, es emocional ya que posee una autoimagen y auto concepto positivo.

CAMPO 8
Representa la adaptación al medio, el tipo de ajuste dentro del entorno social

Se evidencia que Adriana Marcela es una persona que se adapta a la sociedad fácilmente con sus normas y valores sociales siguiéndolas adecuadamente.

FORTALEZAS	ASPECTOS A MEJORAR
Seguridad en si mismo estabilidad	Confiar excesivamente en los demas
Relaciones interpersonales	
Análisis y síntesis de información	
Autoconcepto expresión emocional	
Manejo de ansiedad trabajo bajo presión	
Establecimiento de metas y proyectos	
Adaptación a la sociedad con normas y valores sociales	

ANGELA JOHANNA SUAREZ ARENAS

Ps. Organizacional Esp. S.O y Riesgos Laborales

T.P. 172430

Licencia S.O. 25-1115 de 2017

FORMATO OPTOMETRIA	CÓDIGO: F-CO 05 VERSIÓN 01(01/06/2022) PAGINA 1 DE 1

FECHA	06/01/26	EMPRESA	PARTICULAR	EXAMEN	Ingreso
NOMBRES	Adriana Marcela		APELLIDOS	Barrero Vallejo	
EDAD	38	GENERO	Femenino	ID	1019034541
TELEFONO	3005685666	EPS	Compensar	ARL	Positiva.
CARGO	CONTRATISTA				

USA CORRECCION: SI __ NO _X_ FECHA DE ULTIMA VALORACION: ___ AÑO____

AV LEJANA	CC	SC
OD	20/	20/20
OI	20/	20/20
AO	20/	20/20

AV CERCANA	CC	SC
OD	20/	20/20
OI	20/	20/20
AO	20/	20/20

EXAMEN EXTERNO			NORMAL					
COVER TEST: Lejos			30 cm		PUNTO PROXIMO			28 CM
OFTALMOSCOPIA		N	A	QUERATOMETRIA		N	A	
	OD	X			Ojo Derecho	X		
	OI	X			Ojo Izquierdo	X		
DALTONISMO	NO			GAFAS	NO	EN USO		
ESTEREOPSIS	N	A		RETINOSCOPIA		N	A	SUBJETIVO		N	A
	X				OD	X			OD	X	
					OI	X			OI	X	

		ESF	CIL	EJE	ADD		
FORMULA FINAL	OD					AVL	/
	OI					AVC	/
			DNP				

Observaciones:	Control Anual

Diagnóstico: Z100 - Examen de salud ocupacional

Seguimiento: Anual

Concepto: Anormal: __ Normal: X

NOMBRE PROFESIONAL

REG 1.36883709

De manera libre y voluntaria autorizo a los profesionales correspondientes a realizar los exámenes médicos y/o exámenes complementarios señalados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, limitaciones y riesgos de cada examen a partir de la información recibida; acepto que estos exámenes son requisito para controlar las condiciones de salud (periódico) y hacen parte de la ejecución del Sistema de Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo de la empresa en la cual laboro. Me comprometo a suministrar información verdadera, completa y comprendo que toda información que omita puede alterar el desarrollo de los programas de vigilancia de la empresa y de mi salud física y psicológica. Conozco y acepto por información suministrada por REVISAVIAE LTDA que hará un manejo confidencial de la información recibida y que recibiré un certificado médico ocupacional como resultado de todo el proceso de atención. Autorizo a la institución a que solo suministre la información necesaria de historia clínica a las personas o entidades contempladas por la legislación colombiana

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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

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

RC	1014890848	Jeremías Urueña Barrero	Hijo(a)

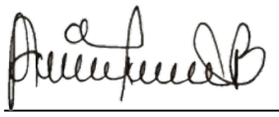
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO
C.C. 1019034541

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014890848

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55539210

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 52 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 3 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
URUEÑA	BARRERO

Nombre(s)

JEREMÍAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13219666-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BARRERO VALLEJO ADRIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1019034541 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

URUEÑA CRUZ EDWARD FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1110457652 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

URUEÑA CRUZ EDWARD FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1110457652 DE IBAGUE	

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 2015 Mes DIC Día 04	LUIS SIMON GIL GUZMAN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
URUEÑA CRUZ EDWARD FABIAN Firma	LUIS SIMON GIL GUZMAN Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 89 F 212

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -