

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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		18294-060771
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: FERNANDO AUGUSTO GÓMEZ VILLALBA			Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 79.398.516			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: fagomezv@sena.edu.co			Número de Cuenta: 007770099955		
IP/Nº de contacto:			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? SI					
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: Ninguno					
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%					
DATOS DEL CONTRATO					
Nº del contrato: 905805/2026		Nº Compromiso SIIF 46226		Número de pagos durante la vigencia del contrato 10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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 en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/03/2026 Al 31/03/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 42.637.473			
Número de pago 2		Valor Total del Contrato: \$ 47.374.970			
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 37.899.976			
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					
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.012.947		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		-----		8367965047	
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		\$ 0		\$ 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		\$ -			
Renta Exenta 25% \$34.479.550		\$ 1.004.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 928.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.012.947,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.500.597,00	
				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 43.476,00 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%	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$4.694.021,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL VEINTIUNO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Realización de inducción a los aprendices a la Formación Profesional Integral y al Reglamento del Aprendiz en los colegios asignados					
Realización de visitas de asesorías técnico pedagógicas para verificación de documentación y registro de inscripción de aspirantes					
Realización de seguimiento a proyectos productivos de los aprendices de las fichas asignadas					
Verificación de inscripciones de los aspirantes a programas técnicos en la plataforma Sofia Plus y reporte de novedades					
Verificación de documentos para la matrícula de aprendices al programa de Técnico en Asistencia Administrativa y Técnico en Talento Hu					
Realización de actividades académicas en los colegios asignados					
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					
			FERNANDO AUGUSTO GÓMEZ VILLALBA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			El Supervisor		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;			Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO		
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.			Fecha: 2026.03.19 11:55:33 -05'00'		
			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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA
No. Identificación: CC79398516
Dirección: CALLE 159A 13A - 46 INT. 16 APTO. 201
Telefono: 8013562
Correo: ferhogomezvillalba@yahoo.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8367965047

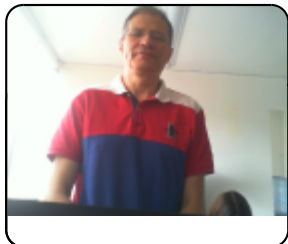
CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC79398516	Periodo de Cotización Salud	febrero de 2026
Número de planilla	8367965047	Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2026
Fecha pago	2026-03-16	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	67965047	Total Pagado	248600
Banco	1052	Total Intereses de Mora	1800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	10000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	238600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79398516
APELLIDOS Y NOMBRES: FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017		1894999	0	1894999	0	236900	0	0	0	9900	0



Paciente : FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA
 Documento : 79398516
 Edad : 59
 Telefono : 3112270731
 Email :

Fecha Ingreso : 2026-01-14 12:07:47

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Examen	Tipo	Cargo	Empresa
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	INGRESO	INSTRUCTOR	SENA

Aptitud	Resultado
Apto	SI
Apto con patologia no incapacitante	[-.-]
Apto para Trabajo en Alturas	[-.-]
Apto para Manipulacion de Alimentos	[-.-]
Apto con Restricciones	[-.-]
Periodico Satisfactorio	[-.-]
Egreso Satisfactorio	[-.-]
Aplazado	[-.-]

Restriccion

NINGUNA

Observacion

PACIENTE SIN PATOLOGÍAS OCUPACIONALES. SISTEMAS: OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, RESPIRATORIO, NEUROLÓGICO, GASTROINTESTINAL Y DERMATOLÓGICO: SIN ANOMALÍAS. / VISOMETRIA: AGUDEZA VISUAL NORMAL A.O. CON CORRECCION. VISION DE COLORES SIN ALTERACION. / AUDIOMETRIA: AUDICION BILATERAL NORMAL. / EXAMENES DE LABORATORIO: GLICEMIA: DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. / EXAMEN PSICOSOCIAL: NORMAL.

Recomendacion

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS Y/O DEPORTIVAS REGULARMENTE. DIETA BALANCEADA. ADECUADA HIDRATACIÓN CORPORAL. NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE PERSONAL. PAUSAS LABORALES ACTIVAS POR 5 MINUTOS CADA 2 O 3 HORAS DE TRABAJO CONTINUO. BUENA HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO. ÉNFASIS EN TRABAJO SEGURO Y CAPACITACION EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR. CONTROL ANUAL DE EXÁMENES MÉDICOS SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CUANDO APLIQUE Y SEGÚN ACTIVIDADES DE CAMPO. CONTROL ANUAL CON OPTOMETRÍA, UTILIZAR CORRECTIVO VISUAL, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL ANUAL DE AUDIOMETRÍA O SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA, PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVA, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.

Firma Profesional	Firma Paciente
Henry Enrique Orozco Solano Medico Salud Ocupacional - REG: Lic.so: 13546 - C.C 72264756 - Reg.Med. 0896-9	FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA Se entrega certificado de aptitud al examinado, quien tiene un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas por el Médico Ocupacional.



INFORME PSICOLÓGICO

Fecha	15 -02- 2026
Nombre	Fernando Gómez
Años	59 AÑOS
Ocupación	Instructor
Pruebas	WARTEGG

INFORME GENERAL DE LA PRUEBA

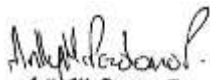
Fernando nos muestra que a nivel personal integración narcisista, representan más de lo que es. Le gusta llamar la atención. -Personalidad afectuosa pero poco demostrativa. Posee capacidades para relacionarse, pero solo en situaciones de confianza, requiere de tiempo para conocer a los otros antes de involucrarse.

Es una persona que le gusta competir e involucrase en diferentes actividades para lograr sus metas, Desea crecer a nivel personal, y laboral. Pose la vitalidad y la energía pero a veces no centra esta energía y la gasta innecesariamente (mala canalización de energía)

Asociación de sus ideas, lógica simple Coeficiente Intelectual normal, dentro del rango de Inteligencia básico.

Se acoge a normas institucionales y sociales con poco sentido crítico a las normas ya establecidas. Siente temor a las figuras de autoridad.

Teniendo en cuenta el perfil del cargo de Fernando la empresa debe realizar un acompañamiento organizacional facilitándole su aprendizaje intelectual y comportamental. Según lo arrojado en la prueba la empresa tendrá facultad de contratación.


Anelly M. Paredes P.
N-134333
PSICOLOGA



Centro Médico Orquídeas

Nit. 10004519-5

CARRERA 18 A 161-07. TEL: 5263613- 3125125977.

info@centromedicoorquideas.com. www.centromedicoorquideas.com

VALORACIÓN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Empresa: **SENA**

Apellidos y Nombres: **FERNANDO A. GOMEZ VILLALBA**

Fecha de nacimiento:

Género: F ☐ M ☒

Tipo de examen: I ☐ P ☐ R ☐

Fecha: **14/11/2020**

Edad: **29398516**

Cargo: **INSTRUCTOR**

DATOS OCUPACIONALES DEL CARGO ACTUAL

Fecha de ingreso:

Cargo a desempeñar:

Jornada de trabajo:

Elementos de protección personal: Gafas ☐ Protector Respiratorio ☐ Protector Auditivo ☐ Casco ☐ Guantes ☐

Otros:

Antigüedad en el oficio:

Área:

Horas trabajadas:

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES DEL CARGO ACTUAL Y ANTERIORES

Empresa	Cargo	Físico					Químicos					Mecánicos		Tiempo de exposición	Uso de protección visual		Tipo de protección visual
		Iluminación excesiva	Iluminación deficiente	Iluminación reflejos	Radiaciones ionizantes	Radiaciones no ionizantes	Temperaturas bajas	Gases	Humos	Pólvos	Líquidos	Vapores	Fibras				

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

Usa Corrección: Si ☒ No ☐ Ultimo Control Visual: Corrección O.D.: Corrección O.I.:

Antecedentes Familiares:

GENERALES	SI	NO	OBSERVACIONES	OCULARES	SI	NO	OBSERVACIONES
HTA				Cx Ocular			
Diabetes				Estrabismo			
Hipoglicemia				Queratocono			
Toxoplasmosis				Glaucoma			
Cefalea				Catarata			
TCE				Pterigio			
Tiroides				Desprendimiento de Retina			
Otros:	X		OBST. INTEST.	Ambliopía			

SIGNOS Y SINTOMAS

S.RX	SI	NO	OBSERVACIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
Disminución A.V en Visión de Lejos						Salto del renglón
Disminución A.V en Visión próxima						Inversión de números y/o letras
Ardor						Fotofobia
Enrojecimiento						Secreciones
Lagrimo						Dolor ocular
Prurito Ocular						Visión doble
Cefalea						Vértigo
Astenopia en Visión Lejana						Ojo seco



info@centromedicoorquideas.com. www.centromedicoorquideas.com



Dra. Loren Yadira Vidal Mahecha

FONOAUDIOLOGA
LSO. 6667/2017

CARRERA 18 A 161-07 PISO 2 TEL 5263613 3125125977
info@centromedicoorquideas.com www.centromedicoorquideas.com

AUDIOMETRIA

PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

DATOS PERSONALES																																																																																																																																			
EMPRESA: <u>SEDA</u>	FECHA: <u>14/11/2016</u>																																																																																																																																		
NOMBRE: <u>FERRARDO A. GONZALEZ ALBA</u>	EDAD: <u>39</u>																																																																																																																																		
GENERO: F ☒ M ☒	ANTIGUEDAD: <u>5</u>																																																																																																																																		
CARGO: <u></u>	REPOSO AUDITIVO: SI ☒ NO ☐																																																																																																																																		
TIPO DE EXAMEN: I ☒ P ☐ R ☐																																																																																																																																			
ANTECEDENTES PERSONALES																																																																																																																																			
HA TRABAJADO EN SITIOS RUIDOSOS? SI ☐ NO ☒	UTILIZA PROTECTORES AUDITIVOS? SI ☐ NO ☐																																																																																																																																		
COPA ☐ DESECHABLE ☐ ANATÓMICO ☐ MOLDEABLE ☐																																																																																																																																			
SERVICIO MILITAR ☐ SI ☒ NO ☐	MOTOCICLISMO ☐ SI ☒ NO ☐																																																																																																																																		
USO DE IPOD, MP3, MP4 ☐ SI ☒ NO ☐	POLIGONO ☐ SI ☒ NO ☐																																																																																																																																		
MUSICA ALTO VOLUMEN ☐ SI ☒ NO ☐	OTROS ☐ SI ☒ NO ☐																																																																																																																																		
OBSERVACIONES: <u></u>																																																																																																																																			
ANTECEDENTES OTOLÓGICOS																																																																																																																																			
CIRUGIA COMPROMISO OIDO ☐ SI ☒ NO ☐	OTORREA ☐ SI ☒ NO ☐																																																																																																																																		
SENSACIÓN OIDO TAPADO ☐ SI ☒ NO ☐	OTALGIA ☐ SI ☒ NO ☐																																																																																																																																		
VÉRTIGO/MAREO ☐ SI ☒ NO ☐	TINITUS ☐ SI ☒ NO ☐																																																																																																																																		
PROBLEMAS OIDO - FAMILIARES ☐ SI ☒ NO ☐	OTITIS ☐ SI ☒ NO ☐																																																																																																																																		
CEFALEA ☐ SI ☒ NO ☐	OTROS ☐ SI ☒ NO ☐																																																																																																																																		
OBSERVACIONES: <u></u>																																																																																																																																			
OTOSCOPIA																																																																																																																																			
OBSERVACIONES OIDO IZQUIERDO <u>NORMAL</u>	OBSERVACIONES OIDO DERECHO <u>NORMAL</u>																																																																																																																																		
EXAMEN AUDIOMÉTRICO																																																																																																																																			
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>500</th><th>1000</th><th>2000</th><th>3000</th><th>4000</th><th>6000</th><th>8000</th></tr></thead><tbody><tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td><u>X</u></td><td><u>X</u></td><td><u>X</u></td><td><u>X</u></td><td><u>X</u></td><td><u>X</u></td><td><u>X</u></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	-10								0								10	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">PTA</th></tr><tr><td>O.I. <u>15</u></td><td>O.D. <u>15</u></td></tr><tr><th colspan="2">SEVERIDAD</th></tr><tr><td>NORMAL</td><td>0-25</td></tr><tr><td>LEVE</td><td>26-40</td></tr><tr><td>MODERADA</td><td>41-55</td></tr><tr><td>MODERADA-SEVERA</td><td>56-70</td></tr><tr><td>SEVERA</td><td>71-90</td></tr><tr><td>PROFUNDA</td><td>MAS DE 90</td></tr></thead></table>	PTA		O.I. <u>15</u>	O.D. <u>15</u>	SEVERIDAD		NORMAL	0-25	LEVE	26-40	MODERADA	41-55	MODERADA-SEVERA	56-70	SEVERA	71-90	PROFUNDA	MAS DE 90
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																																																																																												
-10																																																																																																																																			
0																																																																																																																																			
10	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>																																																																																																																												
20																																																																																																																																			
30																																																																																																																																			
40																																																																																																																																			
50																																																																																																																																			
60																																																																																																																																			
70																																																																																																																																			
80																																																																																																																																			
90																																																																																																																																			
100																																																																																																																																			
110																																																																																																																																			
PTA																																																																																																																																			
O.I. <u>15</u>	O.D. <u>15</u>																																																																																																																																		
SEVERIDAD																																																																																																																																			
NORMAL	0-25																																																																																																																																		
LEVE	26-40																																																																																																																																		
MODERADA	41-55																																																																																																																																		
MODERADA-SEVERA	56-70																																																																																																																																		
SEVERA	71-90																																																																																																																																		
PROFUNDA	MAS DE 90																																																																																																																																		
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA																																																																																																																																			
<u>AUDICION BILATERAL NORMAL</u>																																																																																																																																			
RECOMENDACIONES: <u></u>	<div><p>Dra. Loren Yadira Vidal Mahecha Fonoaudióloga C.O. 07032932 LSO. 6667/2014 PROFESIONAL REG.</p></div>																																																																																																																																		

Paciente : FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA F. Nacimiento : 1966-06-19
Documento : CC - 79398516
Edad : 59 años
Telefono : 3112270731
Email :

EXAMEN PRUEBA DE GLICEMIA

Examen	Valor	Unidades	Valor de Referencia	Unidades
GLICEMIA	74.6	mg/dl	70 - 100	mg/dl

Firma Profesional



Nilda Luz Guzman Carranza
BACTERIOLOGIA - REG: 36677986

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2026_1177272

**POR LA CUAL SE RESUELVE UN TRÁMITE DE PRESTACIONES ECONÓMICAS EN
EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA
VEJEZ ANTICIPADA POR DEFICIENCIA- ORDINARIA**

**EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES
ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES -
COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,**

CONSIDERANDO

Que el señor **GOMEZ VILLALBA FERNANDO AUGUSTO** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79,398,516, solicita el 23 de enero de 2026c radicada bajo el No 2026_1177272 el reconocimiento y pago de una Pensión mensual vitalicia de Vejez por Incapacidad.

CONSIDERACIONES

Que el peticionario ha prestado los siguientes servicios:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
BRINKS DE COLOMBIA S A	19930713	19931212	TIEMPO SERVICIO	153
FUNDACION ABOOD SHAI0	19940802	19940929	TIEMPO SERVICIO	59
POLITECNICO GRANCOLOMBIANO	19940914	19941122	TIEMPO SERVICIO	70
FUNDACION ABOOD SHAI0	19940930	19941230	TIEMPO SERVICIO	92
FUNDACION ABOOD SHAI0	19941231	19941231	TIEMPO SERVICIO	1
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19950101	19950331	TIEMPO SERVICIO	90
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19950401	19950831	TIEMPO SERVICIO	150
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19950901	19950930	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19951001	19951031	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19951101	19951130	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19951201	19951231	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19960101	19960331	TIEMPO SERVICIO	90
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19960401	19960430	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19960501	19960731	TIEMPO SERVICIO	90
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19960801	19960831	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19960901	19961130	TIEMPO SERVICIO	90
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19961201	19961215	TIEMPO SERVICIO	15
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19970201	19970228	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19970301	19970831	TIEMPO SERVICIO	180
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19970901	19971130	TIEMPO SERVICIO	90
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19971201	19971231	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19980101	19980228	TIEMPO SERVICIO	60
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19980301	19980331	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19980401	19980531	TIEMPO SERVICIO	60
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19980601	19980630	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19980701	19981130	TIEMPO SERVICIO	150
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19981201	19981231	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19990101	19990131	TIEMPO SERVICIO	30
1 FUNDACION ABOOD SHAI0	19990201	19990228	TIEMPO SERVICIO	30

c. Una vez cumplidos los requisitos, el trabajador independiente se hará acreedor del retroactivo pensional desde el día siguiente a la fecha de retiro. Cuando no se logre constatar el reporte de esta marcación, la efectividad de la pensión se concederá desde el día siguiente al último aporte registrado.

Así las cosas, verificado el aplicativo de Historia Laboral se evidencia que la última cotización al Sistema General de Pensiones se efectuó en el ciclo del 23 de diciembre de 2025 como independiente, razón por la cual se reconoce la prestación a partir del día siguiente, esto es 24 de diciembre de 2025

Son disposiciones aplicables: Ley 100 de 1993, Ley 860 de 2003 y Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer y ordenar el pago de una pensión de Vejez por Incapacidad a favor del señor **GOMEZ VILLALBA FERNANDO AUGUSTO** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79,398,516, en los siguientes términos y cuantías:

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Ley 1581 de 2012

por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente prestación junto con el retroactivo si hay lugar a ello, será ingresada en la nómina del periodo 202602 que se paga a partir del último día hábil del mismo mes en la central de pagos del banco **BANCO DE BOGOTA de BOGOTA CL 19 2A 10 CITY U.**

ARTÍCULO TERCERO: A partir de la inclusión en nómina de la presente prestación, se harán los respectivos descuentos en salud conforme a la ley 100 de 1993 en **EPS FAMISANAR.**

ARTÍCULO CUARTO: Esta pensión estará a cargo de:

ENTIDAD	DÍAS
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	10690

ARTÍCULO QUINTO: La presente pensión estará sujeta a todas las incompatibilidades legales.

ARTÍCULO SEXTO: Notifíquese al Señor **GOMEZ VILLALBA FERNANDO AUGUSTO** haciéndole saber que en caso de inconformidad contra la presente resolución, puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o de Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ANGELICA M² ANGARITA M.

ANGELICA MARIA ANGARITA MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE DETERMINACION II
COLPENSIONES

LINA MARIA SUAREZ LINEROS
ANALISTA COLPENSIONES

MONICA SANCHEZ ARIZA

COL-VPI-03-501,1