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	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**52996-987184**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA MARSELA GARZON AREVALO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.277.403	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	diana.garzon.a@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	67349969847
IP/Nº de contacto:	3112856915	**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**	NO

¿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:	Servicios en general a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8997596/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**25526**	**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	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.268.724
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.531.227

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Servicios en general a persona NO declarante de ren	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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**67294336**
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	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	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

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas.

Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA.

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales.

Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad.

Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas.

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

FIRMADOR

DIANA MARSELA GARZON AREVALO
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 Samir Arturo Bravo Chadid
Fecha: 2026.04.20 08:15:16 -05'00'

SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

15/04/26 16:38:18 USUARIO: SIC - C.C. 52277403

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	52277403	DIANA MARSELA GARZON AREVALO	Calle 79B No 111A 71 int 12 Apto 202	2295755	dmga123@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
		67294336	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$553.200	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	237.500	0		0		0	4	700	0	238.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	304.000	0	0	0	0	4	900	0	304.900	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	10.000				10.000	4	100	10.100			100	10.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	237.500	238.200
Pensión	1	304.000	304.900
Riesgos Laborales	1	10.000	10.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	551.500	553.200

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	52277403	DIANA MARSELA GARZON AREVALO	Calle 79B No 111A 71 int 12 Apto 202	2295755	dmga123@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
		67294336	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$553.200	

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	Exonerado	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 52277403	GARZON AREVALO DIANA MARSELA	59	0			N																	25-14	1.900.000	30	304.000	0	0	0	0	EPS001	1.900.000	30	237.500	14-23	1.900.000	30	1	10.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

GESTIÓN Y MANEJO EN SALUD S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 152,854

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	01 MES	2026 AÑO	ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y PSICOSOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	SENA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

10 - ASALARIADOS.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GARZON AREVALO DIANA MARSELA	FEMENINO	50 AÑOS 4 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	52277403 (Número)

Cargo

INSTRUCTORA

EPS	AFP	ARL
ALIAN SALUD	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN CONDICIÓN QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD LABORAL PARA DESARROLLAR EL CARGO ASIGNADO.

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

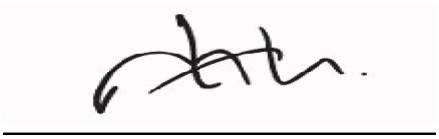
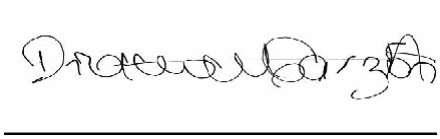
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRIA.	✓	PSICOSOCIAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES PERSONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	HÁBITOS SALUDABLES	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS PREDOMINIO EN MIEMBROS SUPERIORES	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	PAUSAS ACTIVAS PREDOMINIO EN MIEMBROS INFERIORES	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, PUEDE INICIAR LABOR, SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, DIETA BALANCEADA HÁBITOS SALUDABLES, DEBE MANTENER HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA, CORRECTO USO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR Y CON CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL; SE RECOMIENDA EL REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES LABORALES O SÍNTOMAS GENERALES A SU EMPRESA, MANTENER AUTOCUIDADO, REALIZAR EJERCICIO REGULAR, NO CONSUMO DE LICOR, CIGARRILLO O DROGAS ILÍCITAS, PROCURAR BUENA CONDICIÓN MENTAL Y FÍSICA PARA SU TRABAJO CONTROL PERIÓDICO PREVENTIVO POR EPS Y CONTROL PERIÓDICO POR SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL, CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL.
ENFASIS PSICOSOCIAL: DURANTE LA CONSULTA NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES PISCOSOCIALES QUE INTERFIERAN CON EL CARGO ASIGNADO
GLICEMIA (OK)

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 		**Firma:** 
Nombre: CC: 1094879229 - NESTOR MAURICIO LEZAMA		**Nombre:** GARZON AREVALO DIANA MARSELA
R. M.: RM 16678/11	**Código de Seguridad**	**CC:** 52277403
L.S.O.: LIC SO: 63-01447/202	F592L1R152854	



GESTIÓN Y MANEJO EN SALUD S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia

RECOMENDACIONES

Paciente: GARZON AREVALO DIANA MARSELA

Fecha: 07/01/2026

Identificación: CC: 52277403

Fecha Nacimiento: 02/09/1975

Cargo: INSTRUCTORA

Edad: 50 AÑOS 4 MESES 5 DÍAS

Tipo de Sangre: O +

Estado Civil: SEPARADO(A)

Género: FEMENINO

Ciudad: ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)

Dirección: CL 79 B 111 A 71 INTERIOR 12 APTO 202

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

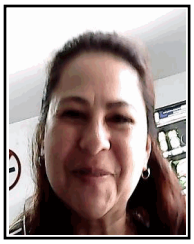
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HÁBITOS SALUDABLES, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES PERSONALES

HÁBITOS SALUDABLES, HÁBITOS SALUDABLES, HIGIENE POSTURAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS PREDOMINIO EN MIEMBROS INFERIORES, PAUSAS ACTIVAS PREDOMINIO EN MIEMBROS SUPERIORES

GESTIÓN Y MANEJO EN SALUD S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



EXAMEN DE VISIOMETRIA.

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 21,874

Fecha: 07/01/2026 **Municipio:** ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) **CC:** 52277403 **Nombre:** GARZON AREVALO DIANA MARSELA **Edad:** 50 AÑOS 4
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** SENA
Eps: ALIAN SALUD **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOM **F. Último Examen:** 17/12/2025
Lugar del Último Examen: CONTROL **Motivo Consulta:** CONTROL INGRESO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	TX DE REFRACCION CON NECESIDAD DE USO DE CORRECCION
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	1.25	N/A	NO APLICA	20/20	0.5
O.I:	NO APLICA	20/20	1.25	5	NO APLICA	20/20	0.5
A.O:	NO APLICA	20/20	1.25	N/A	NO APLICA	20/20	0.5

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

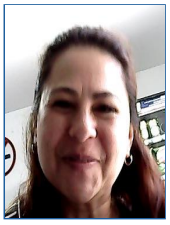
Firma:
Nombre: CC: 1094879229 - NESTOR MAURICIO LEZAMA
R. M.: RM 16678/11 **L.S.O.:** LIC SO: 63-01447/202

PACIENTE

Firma:
Nombre: GARZON AREVALO DIANA MARSELA
CC: 52277403

GESTIÓN Y MANEJO EN SALUD S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

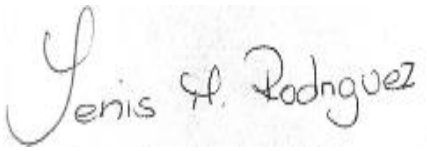
Lugar del Examen:	ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)			**Fecha:**	07/01/2026
Número de Identificación:	52277403	**Nombre:**	GARZON AREVALO DIANA MARSELA	**Genero:**	FEMENINO
Fecha de Nacimiento:	02/09/1975	**Edad:**	50 AÑOS 4 MESES 5 DÍAS	**Estado Civil:**	SEPARADO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA

QUÍMICA SANGUINEA

ANÁLISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA	
GLUCOSA	97	mg/dl	70.00mg/dl	- 105mg/dl

Método: enzimático colorimétrico

Bacteriólogo		**Paciente**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	RODRIGUEZ CERVANTES YENIS MARIA	**Nombre:**	GARZON AREVALO DIANA MARSELA
RM:	32769612	**CC:**	52277403

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	1025326440	GABRIELA SALAS GARZON	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,



DIANA MARSELA GARZON AREVALO
C.C. 52277403

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025326440

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43657031

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** 9360

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALAS	GARZON

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes NOV Día 26	FEMENINO	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	10452343-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARZON AREVALO DIANA MARSELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.277.403 BOGOTÁ D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SALAS ROBLES CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 4.978.720 SANTA MARTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SALAS ROBLES CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 4.978.720 SANTA MARTA	C.C. 4978720

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
33 33
DIANA BEATRIZ LOPEZ
NOTARIA
BOGOTA, D. C.

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año Mes Día	Nombre y firma

IMPRESO POR BANARANJO S.A NIT. 860 013 711-5 10399 10-2008

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

43657031