



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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	951310
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	43026-242073

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	27.474.996	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	scajigas@sena.edu.co	Número de Cuenta:	20965757236
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?			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:			Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8958775/2026	Nº Compromiso SIIF	7626	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 35.057.478
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 48.796.219
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 30.319.981

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.785.747	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	79553286	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - CHIA	33.579,00	0,800%
	\$ -	\$ -		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%	\$ 37.927.505	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.692.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.703.918,00	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación en las siguientes fichas y programas de formación:

Gestión Agroempresarial: 3134602, 3118443, 3186101

Gestión integral del transporte: 3118487.

Gestión de redes de datos: 3335893, 3335894

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

Jackeline Cajigas Hoyos

**SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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

**LEONARDO LUCHINI MORERA
INSTRUCTOR G08**

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
GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	27474996	SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS		Cll 12a N 71b 40	3124879414	cajigashoyosjackeline@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79553286	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$550.000	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	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	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	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	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	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	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	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	550.000	550.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	27474996	SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS		Cll 12a N 71b 40	3124879414	cajigashoyosjackeline@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79553286	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$550.000	

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	Calom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	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 27474996	CAJIGAS HOYOS SOLEY JACKELINE		59	0			N																25-14	1.895.000	30	303.200	0	0	0	0	EPS037	1.895.000	30	236.900	14-23	1.895.000	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 de mayo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

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

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

C.C.	1025141044	Juan Miguel Ríos Cajigas	HIJO
T.I.	1034668217	Juan Martín Ríos Cajigas	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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
- 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: Soley Jackeline Cajigas Hoyos

C.C. 27.474.996

**LA SECRETARIA DE FACULTAD****CERTIFICA**

Que **JUAN MIGUEL RÍOS CAJIGAS**, con Cédula N° 1025141044, se encuentra matriculado(a) en el Plan de Estudios **CIENCIA POLÍTICA** en el primer periodo académico 2026 que finaliza el 02 de agosto de 2026.

Tiene inscritas 7 asignaturas, que cursa en jornada diurna de tiempo completo y suman 21 créditos. Presenta un 43,8 % de avance en los créditos que contempla el plan de estudios con 3 matrícula(s).

Se expide este certificado a solicitud del (la) interesado(a) en la ciudad de **BOGOTÁ, D.C.**, a los cinco (05) días del mes de febrero del año dos mil veintiséis (2026) .

LUISA FERNANDA MORALES RODRÍGUEZ

Secretaria de Facultad

FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Código de Verificación: 253800038982053147102

Crédito: unidad que mide el tiempo que el estudiante requiere para cumplir a cabalidad los objetivos de formación de cada asignatura y equivale a 48 horas de trabajo del estudiante en un período académico (Artículo 6 del acuerdo 033 de 2007 del CSU).

El original de este documento es electrónico y se encuentra firmado digitalmente en cumplimiento a lo establecido en la ley 527 de 1999. Verifique su autenticidad ingresando a <http://dninfoa.unal.edu.co>, mediante el servicio: Verificación Certificados Digitales.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1034668217

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53116094

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número 49 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A Z F

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido RIOS Segundo Apellido CAJIGAS

Nombre(s) JUAN MARTIN

Fecha de nacimiento Año 2013 Mes AGO Día 12 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 12155834-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos CAJIGAS HOYOS SOLEY JACKELINE

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 27474996 de SAN FRANCISCO

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos RIOS ROMERO JOSE RICARDO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 79743063 de BOGOTA D.C.

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos RIOS ROMERO JOSE RICARDO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 79743063 de BOGOTA D.C.

Firma

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 Año 2013 Mes AGO Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza JENNY CAROLINA CUELLAR PINZON (E)

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



NOTARIA 49
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

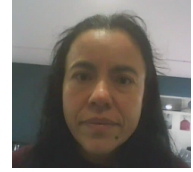
Miguel Antonio Lamora Ariza



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-12-18

Nombres y apellidos:SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS
Fecha de nacimiento:14/04/1976
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:27474996
Edad:49 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-12-18 / 09:04:50
Fecha salida:2025-12-18 / 12:02:03
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:NUEVA EPS

**EXÁMENES REALIZADOS**

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

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

CONTROL ANUAL

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

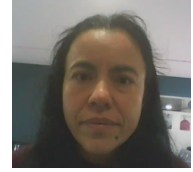
MARIA SOFIA CRUZ RODRIGUEZ
CC: 52313999
RM: 52313999
LIC-SST: 17761
Firma y sello del médico

SOLEY JACKELINE CAJIGAS
HOYOS
CC: 27474996
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-12-18

Nombres y apellidos:SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS
Fecha de nacimiento:14/04/1976
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:27474996
Edad:49 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-12-18 / 09:04:50
Fecha salida:2025-12-18 / 12:02:03
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:NUEVA EPS



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

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

Maria Sofia Cruz
Mia. Sofia Cruz Rodriguez
Médico Esp. Seguridad y salud en el trabajo
Lic. N° 177612004

MARIA SOFIA CRUZ RODRIGUEZ
CC: 52313999
RM: 52313999
LIC-SST: 17761
Firma y sello del médico

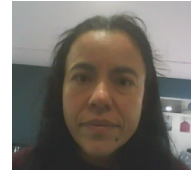
Soley Jackeline Hoyos

SOLEY JACKELINE CAJIGAS
HOYOS
CC: 27474996
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-12-18

CC:27474996

Nombres y apellidos:SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS**Fecha de nacimiento:**14/04/1976**Edad:**49 **Sexo:**FEMENINO **RH:**A +**Teléfono:**3124879414**Dirección:****Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono acompañante:**NO REFIERE**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono responsable:**NO REFIERE**Departamento:**BOGOTÁ D.C.**ARL:**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONTRATISTA**Fecha ingreso:**18/12/2025**Fecha salida:**18/12/2025**Parentesco del responsable:**NO REFIERE**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**NUEVA EPS**GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA****RESULTADO**RESULTADO
90UNIDAD DE MEDIDA
MG/DL**VALOR DE REFERENCIA**NORMAL: 70-100 MG/DL,
AGA: >100-125MG/DL,
DM: >126**ADJUNTAR RESULTADO****CARGAR ARCHIVO**

SHIRLEY KARINA CACERES CACERES

RM: N/A

Firma y sello del médico

ENFASIS OSTEOMUSCULAR**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-12-18**CC:**27474996**Nombres y apellidos:**SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS**Fecha de nacimiento:**14/04/1976**Edad:**49 **Sexo:**FEMENINO **RH:**A +**Teléfono:**3124879414**Dirección:****Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono acompañante:**NO REFIERE**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono responsable:**NO REFIERE**Departamento:**BOGOTÁ D.C.**ARL:**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONTRATISTA**Fecha ingreso:**18/12/2025**Fecha salida:**18/12/2025**Parentesco del responsable:**NO REFIERE**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**NUEVA EPS**ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR****ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR**

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR:

NIEGA

EXAMEN FISICO**COLUMNA INSPECCION**

POSTURA:

NORMAL

ALINEACION:

NORMAL

SIMETRIA:

NORMAL

ESCOLIOSIS:

NORMAL

COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES

OBSERVACIONES COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES:

EXTREMIDADES

HOMBRO:

NORMAL

BRAZO:

NORMAL

CODO:

NORMAL

ANTEBRAZO:

NORMAL

MANO:

NORMAL

DEDOS:

NORMAL

CADERAS:

NORMAL

RODILLAS:

NORMAL

MIEMBROS INFERIORES:

NORMAL

CUELLO DE PIE:

NORMAL

PIE:

NORMAL

OBSERVACIONES EXTREMIDADES:

PRUEBAS ESPECIFICAS**PRUEBAS ESPECIFICAS**

DOMINANCIA:

DERECHA

PHALEN:

NEGATIVO

TINNEL:

NEGATIVO

FINKELSTEIN:

LASEGUE:

HAWKINS:

JOBS:

MILLS:

COZEN:

DIAGNOSTICOS**DIAGNOSTICOS**

DIAGNÓSTICO 1:

Z100: EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

DIAGNÓSTICO 3:

DIAGNÓSTICO 2:

DIAGNÓSTICO 4:

Sedes BogotáPrincipal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 -
Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca - Fontibón**Sedes Nacionales**Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando -
Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala -
Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Rionegro - Santa Marta -
Villavicencio

Maria Sofia Cruz
M^{ca}. Sofia Cruz Rodríguez
Médico Exp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. N° 1776128284

MARIA SOFIA CRUZ RODRIGUEZ
CC: 52313999
RM: 52313999
LIC-SST: 17761
Firma y sello del médico

Jackeline Cajigas

SOLEY JACKELINE CAJIGAS
HOYOS
CC: 27474996
Firma del paciente

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

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

Código: Versión: Fecha:

VISIOMETRIA

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2

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

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2025-12-18

CC:27474996

Nombres y apellidos:SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS

Fecha de nacimiento:14/04/1976

Edad:49 **Sexo:**FEMENINO **RH:**A +

Teléfono:3124879414

Dirección:

Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono acompañante:NO REFIERE

Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono responsable:NO REFIERE

Departamento:BOGOTÁ D.C.

ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:CONTRATISTA

Fecha ingreso:18/12/2025

Fecha salida:18/12/2025

Parentesco del responsable:NO REFIERE

Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:NUEVA EPS



ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:

ES USUARIO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION PROXIMA. ULTIMO CONTROL VISUAL HACE 2 AÑOS. CIRUGIA REFRACTIVA EN AMBOS OJOS HACE 25 AÑOS.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:

20/20

SIN CORRECCION

OJO DERECHO:

20/20

SIN CORRECCION

OJO IZQUIERDO:

20/30

SIN CORRECCION

ESTENOPEICO:

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:

0.50 CM.

CON CORRECCION

OJO DERECHO VISUAL CERCANA:

0.50 CM.

CON CORRECCION

OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:

1 MTS.

CON CORRECCION

ESTADO MOTOR

ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:

O

COVER TEST VP:

X

OBSERVACIÓN:

TEST COMPLEMENTARIOS

VISIÓN CROMATICA

VISIÓN CROMATICA:

NORMAL

CON CORRECCION

ESTEREOPSIS

ESTEREOPSIS SEG:

50

CON CORRECCION

CAMPIMETRIA

CAMPIMETRIA:

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:

Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

DIAGNÓSTICO 4:

H527: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICO 2:

H110: PTERIGIÓN

DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3:

RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

ACTUALIZAR LA CORRECCION OPTICA, REQUIERE EL USO PERMANENTE DE LA MISMA PARA VISION LEJANA Y PROXIMA. CONTROL ANUAL.

EVOLUCIÓN

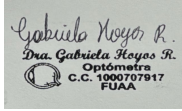
EVOLUCIÓN:

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



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

SOLEY JACKELINE CAJIGAS
HOYOS
CC: 27474996
Firma del paciente

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

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

Código: Versión: Fecha:

PSICOSOCIAL

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2

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

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387

EMAIL:citass.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2025-12-18

CC:27474996

Nombres y apellidos:SOLEY JACKELINE CAJIGAS HOYOS

Fecha de nacimiento:14/04/1976

Edad:49 **Sexo:**FEMENINO **RH:**A +

Teléfono:3124879414

Dirección:

Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono acompañante:NO REFIERE

Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono responsable:NO REFIERE

Departamento:BOGOTÁ D.C.

ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:CONTRATISTA

Fecha ingreso:18/12/2025

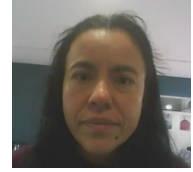
Fecha salida:18/12/2025

Parentesco del responsable:NO REFIERE

Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:NUEVA EPS



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS PACÍFICOS, CUIDADOSO, TERCOS, PASIVOS. PUEDE LLEGAR A SER CONTROLADOR, FORMAL Y CALMADO, SE FIJA A UNA RUTINA Y HÁBITOS DE VIDA BIEN ESTRUCTURADOS, DE ÁNIMO ESTABILIZADO, ALTAMENTE PRODUCTIVO, REFLEXIVO, CAPAZ DE VOLVER A SUS OBJETIVOS, A PESAR DE LAS DIFICULTADES QUE SE LE PRESENTEN.
DE ACUERDO CON EL TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO, A LA FECHA NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL.

OBSERVACIONES:

POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA.

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

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:

Sonia Pachon Vargas
Psicóloga - TP 146153
Lic. SST 798 de 2019

SONIA ESPERANZA PACHON
VARGAS
CC: 33702681
RM: 33702681
LIC-SST: 33702681
Firma y sello del médico

SOLEY JACKELINE CAJIGAS
HOYOS
CC: 27474996
Firma del paciente