SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**38670-409644**

DATOS DEL CONTRATISTA

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

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

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

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

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.162.479
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 28.424.982

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9503538947**
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%	$ 34.479.550	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.784.000		
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	4.737.497,00	
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 - 8551 - POPAYAN	9.475,00	0,200%
-	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	**$4.728.022,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 3466236 Competencia Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa Resultado de Aprendizaje Recopilar la información del sistema de costeo en el ente económico de acuerdo con políticas contables y normativa Total horas 48

Ficha 3233482 Competencia Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa Resultado de Aprendizaje Reconocer ingresos y gastos, según criterios de medición, procedimiento técnico y normativa Total 24 Horas.

Ficha 3411930 Competencia Reconocer recursos financieros -Manejo e implementación del Puc Total horas 32

Ficha 3466237 Competencia Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa Resultado de Aprendizaje Recopilar la información del sistema de costeo en el ente económico de acuerdo con políticas contables y normativa Total horas 48

Desarrollo curricular 10 horas

Total Horas 162

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

Esperanza Rivas E

Firmado digitalmente por Esperanza Rivas Escobar
Fecha: 2026.05.16 16:36:12 -05'00'

ESPERANZA RIVAS ESCOBAR
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago
El Supervisor

Firmado digitalmente por DIEGO EDUARDO ERAZO
Fecha: 2026.05.18 18:00:56 -05'00'

DIEGO EDUARDO ERAZO GUERRERO
INSTRUCTOR

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

EL ORDENADOR DEL PAGO
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

16/05/26 15:29:04 USUARIO: SIC - C.C. 40774930

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	299409974	9503538947	I	2026/05/11	2026/05/11	BANCO POPULAR	0	$580,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0
1	CC	40774930	RIVAS ESPERANZA	25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$10,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	299409974	9503538947	I	2026/05/11	2026/05/11	BANCO POPULAR	0	$580,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,500	$0	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$580,500	$0	$0	$580,500

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

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 299409974

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de mayo de 2026 a las 12:39 p.m.
Para: esperanzarivase@gmail.com

¡Hola, Esperanza Rivas Escobar!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 580.500

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9503538947

Fecha de la transacción: 11/05/2026

CUS: 299409974

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

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

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

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

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Popayán, 15 de mayo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Popayán

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

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

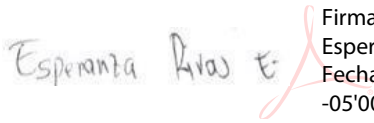
C.C.	**1117489958**	**Daniel Felipe Zarate Rivas**	**HIJO**
C.C	**1117503519**	**Andrés Leonardo Zarate Rivas**	**HIJO**

Toda vez que cumpl1e con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: _Esperanza Rivas Escobar_____
C.C. 40.774.930 Florencia

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

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

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

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

Notaría 3a Popayán

NOTARIA Tercera DEL CIRCULO DE Popayán.

ACTA DE DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO

(CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO ARTICULO 188)

ACTA No. 00118

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

Powered by CamScanner

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

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

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

Notaría 3a Popayán

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Mario Oswaldo Rosero Mera

MARIO OSWALDO ROSERO MERA

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

Powered by CamScanner

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 2081268757

1 mensaje

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

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

¡Hola, ANDRES LEONARDO ZARATE RIVAS!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 2.995.200

Empresa: CORPORACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DEL CAUCA

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

Fecha de la transacción: 14/01/2026

CUS: 2081268757

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

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

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.117.503.519



Apellidos
ZARATE RIVAS

Nombres
ANDRES LEONARDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
07 NOV 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
12 NOV 2024, POPAYAN

Firma

Fecha de expiración
13 NOV 2034

.CO

058720419

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

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


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


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

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

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

Datos Personales

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

Datos de Afiliación

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

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

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

Antecedentes

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

Motivo de Consulta

Reside en Popayán (procede de Florencia/Caqu).

Enfermedad Actual

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

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

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

Revision Por Sistemas

Niega otros

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

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

Signos Vitales

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

Paciente con Dolor? No

Exámen Físico

Estado General

Buenas condiciones

Hallazgos Positivos

Se difiere.

Conciliación Medicamentosa

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

Consumo de Cigarrillo

¿Consumo de Cigarrillo? No

Análisis

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

Plan

-- Urocultivo-- Urodinamioa-- Control

Diagnósticos

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

****Indicaciones Medicas****

Ver historia

****Exámenes Solicitados****

Código	Descripción	Cantidad
901236	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	1

****Procedimientos No Quirúrgico****

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

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

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



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

Especialidad: *UROLOGIA*

SOLICITUD DE SERVICIOS AMBULATORIOS

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA AMBULATORIA

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

DATOS PERSONALES

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

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

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

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

Observaciones:

Total Ítems: 1

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

Especialidad: *UROLOGIA*

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

SOLICITUD DE SERVICIOS AMBULATORIOS

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA AMBULATORIA

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

DATOS PERSONALES

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

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

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

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

Total Ítems: 2

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

Especialidad: *UROLOGIA*

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

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Nit: 891501676

Fecha Actual : jueves, 23 octubre 2025

INDICACIÓN - ORDEN MEDICA

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA AMBULATORIA

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

Datos Personales

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

Datos de Afiliación

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

Datos del Ingreso

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

Diágnostico

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

Indicación Médica

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle: Ver historia

Requiere Hospitalización: ☐



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

Especialidad: *UROLOGIA*