

[illegible]

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52263217		SABOGAL TORRES YELITZA ARACELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 147 a 50-55 apto 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4688480	No

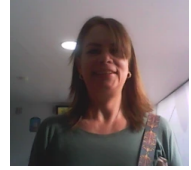
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	93005137	9506578932	I	2026/07/06	2026/07/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$587,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900		\$0	\$0	
1	CC	52263217	SABOGAL YELITZA	25-14	30	\$1,894,999	\$303,200	EPS008	30	\$1,894,999	\$236,900	CCF24	30	\$1,894,999	\$37,900	14-23	30	\$1,894,999	\$9,900	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52263217		SABOGAL TORRES YELITZA ARACELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 147 a 50-55 apto 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4688480	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	93005137		9506578932	I	2026/07/06	2026/07/06	BANCO DE OCCIDENTE	\$587,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,900	\$0	\$0	\$37,900	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$37,900	\$0	\$0	\$37,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
TOTAL				1	\$587,900	\$0	\$0	\$587,900	

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:**CENDIATRA NORTE 86**DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6013904599 - 6013904798**EMAIL:**citaz.norte86@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-01-10**Nombres y apellidos:**YELITZA ARACELY SABOGAL TORRES**Fecha de nacimiento:**05/01/1976**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**INSTRUCTORA**Departamento:**BOGOTÁ D.C.**ARL:**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**CC:**52263217**Edad:**50 **Sexo:**FEMENINO**Fecha ingreso:**2026-01-10 / 08:19:39**Fecha salida:**2026-01-10 / 09:37:33**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**COMPENSAR E.P.S.**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

- VISIOMETRIA

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

- PSICOSOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD:

:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: PATOLOGÍA DE BASE
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

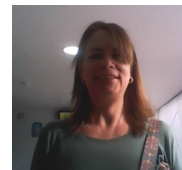
La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar 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.


KAREN DAYANTH MELENDEZ CARDOZO
Medico SST
R.S 15369 de 25/04/2024

KAREN DAYANTH MELENDEZ
CARDOZO
CC: 1020835794
RM: 1020835794
LIC-SST: 15369
Firma y sello del médico



YELITZA ARACELY SABOGAL
TORRES
CC: 52263217
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES**SEDE:**CENDIATRA NORTE 86**DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6013904599 - 6013904798**EMAIL:**citas.norte86@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-01-10**Nombres y apellidos:**YELITZA ARACELY SABOGAL TORRES**Fecha de nacimiento:**05/01/1976**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**INSTRUCTORA**Departamento:**BOGOTÁ D.C.**ARL:**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**CC:**52263217**Edad:**50 **Sexo:**FEMENINO**Fecha ingreso:**2026-01-10 / 08:19:39**Fecha salida:**2026-01-10 / 09:37:33**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**COMPENSAR E.P.S.

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

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: PATOLOGÍA DE BASE
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL


KAREN DAYANTH MELENDEZ CARDOZO
Medico SST
R.S 15369 de 25/04/2024

KAREN DAYANTH MELENDEZ
CARDOZO
CC: 1020835794
RM: 1020835794
LIC-SST: 15369
Firma y sello del médico



YELITZA ARACELY SABOGAL
TORRES
CC: 52263217
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de julio 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

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:

T. I	1027291582	JUAN JOSÉ RAMÍREZ SABOGAL	HIJO
-------------	-------------------	----------------------------------	-------------

Toda vez que cumple 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: Yelitza Aracely Sabogal Torres

C.C. 52.263.217

REPUBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ESTATAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53250979

NUIP 1027291382

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 4 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 4

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido RAMIREZ Segundo Apellido SABOGAL
Nombre(s) JUAN JOSE
Fecha de nacimiento Año 2013 Mes 08 Día 29 Sexo (en letras) MASCULINO Tiempo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12448120-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SABOGAL TORRES YELITZA ARACELY
Documento de identificación (Clase y número) CC 52263217 de BOGOTA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos RAMIREZ SILVA JUAN CARLOS
Documento de identificación (Clase y número) CC 79308725 de BOGOTA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos RAMIREZ SILVA JUAN CARLOS
Documento de identificación (Clase y número) CC 79308725 de BOGOTA Firma

Primer testigo

Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción

2013 Mes 08 Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza
RAMIREZ CASTRO

Nombre y firma

IMPRESA POR REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL BOGOTA D.C. TEL. 01-800-000-0000

COPIA PARA EL USUARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.027.291.582**

RAMIREZ SABOGAL

APELLIDOS

JUAN JOSE

NOMBRES

Juan Ramirez

FIRMA

