

<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		18 Noviembre de 2025			
			Versión		ENERO - 2.25			
			ID de Proceso		63401-409190			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía		1.014.195.264		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		patriciagguevara10@gmail.com		Número de Cuenta:		67305644941		
IP/N° 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 2024		SI		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO		
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO		
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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								
N° del contrato:		7480949/2025	N° Compromiso SIIF		43325	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		"Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subse des y organizaciones, ejecutando acciones						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/11/2025	Al		30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 7.512.535	
Número de pago		10				Valor Total del Contrato:	\$ 45.228.524	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.599.511,00				Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 2.913.024	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.511		Ninguno		0,00%		
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0						
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.599.511		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.704.460		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		90733115		Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804		\$ 1.839.804		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000		\$ 230.000		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400		\$ 294.400		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 9.700		\$ 9.700		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					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		\$ 459.951				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775		\$ 901.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.343.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				VALOR A PAGAR	\$4.560.145,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Desarrollar actividades acordes con lo establecido en los programas y proyectos establecidos por competencias impartidas.								
Publicación de evidencias y anuncios sobre el material de apoyo a la formación. Toma de Asistencia a la FPI								
Se realiza publicación de material de apoyo de acuerdo a la planeación establecida en cada una de las competencias impartidas.								
Se da cumplimiento a la programación de competencias.								
Se realizan planes de trabajo y planeación de formación.								
Control de asistencia a formación.								
Uso de medios tecnológicos (PC) propio y EPP de acuerdo a las necesidades de la formación								
Asistencia a reuniones programadas por la coordinación								
Se genera informe periódico correspondiente al desarrollo y avance de plan de trabajo								
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						Patricia Guevara		
						AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL 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. El Supervisor,		
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 periodo 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.						MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ 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 VIVIANA GOMEZ VARGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02								

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014195264	AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL		DG 77B #119A -73 TO1 1002	8048183	patriciaguevara10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	90733115	TOTAL A PAGAR \$570.900

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.800	0	0	36.800	1

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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	1	36.800	36.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	570.900	570.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014195264	AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL		DG 77B #119A -73 TO1 1002	8048183	patriciaguevara10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	90733115	\$570.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014195264	GUEVARA BERNAL AYDA PATRICIA	59	0		N																			231001	1.839.804	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700	CCF24	1.839.804	36.800	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

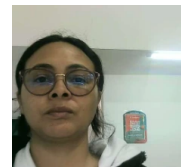
TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
Fecha de nacimiento: 30/09/1988
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: DOCENTE

CC: 1014195264
Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-07-06 / 09:05:50
Fecha salida: 2024-07-06 / 10:56:52



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN OPTOMETRICO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

- PSICOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
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
RM: 1020835794
Firma y sello del médico



AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
Fecha de nacimiento: 30/09/1988
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: DOCENTE

CC: 1014195264
Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-07-06 / 09:05:50
Fecha salida: 2024-07-06 / 10:56:52



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

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL


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

KAREN DAYANTH MELENDEZ
CARDOZO
RM: 1020835794
Firma y sello del médico



AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

PSICOMETRICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatria.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

CC: 1014195264

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL

Fecha de nacimiento: 30/09/1988

Edad: 35 Sexo: FEMENINO RH: O +

Teléfono:

Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargos: DOCENTE

Fecha ingreso: 06/07/2024

Fecha salida: 06/07/2024

Teléfono acompañante:



SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA. SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUCES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS. TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

• SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.
DE ACUERDO CON 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.

POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA.

NOTA: ESTA PRUEBA CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA.

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:



MARIA NANCY PINILLA
RM: 5901
Firma y sello del médico

Ayda Patricia Guevara Bernal

AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

Código: Versión: Fecha:

EXAMEN OPTOMETRICO
SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TÉLEFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

CCI: 1014195264

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL

Fecha de nacimiento: 30/09/1986

Edad: 38 años **SEXO:** FEMENINO **RH:** O +

Teléfono:
Nombre acompañante:
Empresa: PARTICULAR

Empresa Usuario:
Cargo: DOCENTE

Fecha Ingreso: 06/07/2024

Fecha salida: 06/07/2024

Teléfono acompañante:

ANTECEDENTES PERSONALES
SECCIÓN 1
DIABETES:

NO

CIRUGÍA OCULAR:

NO

GLAUCOMA:

NO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

NO

ALERGIAS:

NO

OTROS:

NO

¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:

SI

REFIERE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE
MOTIVO DE CONSULTA
SECCIÓN 1
VISION BORROSA:

NO

ARDOR:

NO

LAGRIMEO:

NO

ENROJECIMIENTO:

NO

PRURITO:

NO

CEFALEA:

NO

ASTENOPIA:

NO

SALTO DE RENGLO:

NO

FOTOFOBIA:

NO

SECRECIÓN:

NO

DOLOR OCULAR:

NO

VISION DOBLE:

NO

INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:

NO

MAREO:

NO

VERTIGO:

NO

MIODESOPSIAS:

NO

OTROS:
AGUDEZA VISUAL
VISION LEJANA
SIN CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

CON CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

SIN CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

CON CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

SIN CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

CON CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

SIN CORRECCION OD:

0.50 CM.

CC

CON CORRECCION OD:

0.50 CM.

CC

SIN CORRECCION OD:

0.50 CM.

CC

CON CORRECCION OD:

0.50 CM.

CC

SIN CORRECCION OD VISION PROXIMA:

0.50 CM.

CC

CON CORRECCION OD VISION PROXIMA:

0.50 CM.

CC

ESTENOPEICO
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:
EXAMEN EXTERNO Y MOTOR
SECCIÓN 1
Sedes Bogotá
Sedes Nacionales
Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón
Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali - Exito San Fernando - Call La Flora - Call Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -

SANO
SANO

COVER TEST

CENTRADO

NORMAL

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:
OI QUERATOMETRÍA:

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:
OI OFTAMOLSCOPIA:

MEDIOS TRANSPARENTES
MEDIOS TRANSPARENTES

REFRACCIÓN

OJO DERECHO

ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJIA:

SOBREREFRACCION NEUTRO

OJO IZQUIERDO

ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJIA:

SOBREREFRACCION NEUTRO

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES:
VISION CROMÁTICA:
ESTERIOPSIS:

NO
NORMAL
NORMAL
NO

TITMUS:

RX EN USO

OD:

OI:

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:
DIAGNÓSTICO 2:
DIAGNÓSTICO 3:
DIAGNÓSTICO 4:
DIAGNÓSTICO 5:
OBSERVACIONES:

EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO

- SE SUGIERE CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL Y CONTINUAR CON
FORMULACION DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

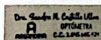
RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA:
CONTROL ANUAL:
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:
VALORACIÓN OPTOMETRICA:

SI
SI
NO
NO

PERMANENTE



SANDRA MARCELA CASTILLO

ULLOA

RM: N/A

Firma y sello del médico

Patricia Guevara

AYDA PATRICIA GUEVARA

BERNAL

CC: 1014195264

Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

CC: 1014195264

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL

Fecha de nacimiento: 30/09/1988

Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +

Teléfono:

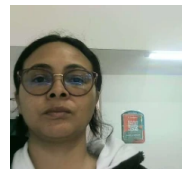
Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: DOCENTE

Fecha ingreso: 06/07/2024

Fecha salida: 06/07/2024



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	80.0	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Angela Vanegas
Angela V. Vanegas P.
C.C. 1077942702
Bacteriología
UCMC

ANGELA VIVIANA VANEGAS PARDO
RM: 1077942702
Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

Código: Versión: Fecha:



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 25 de Febrero del 2025

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:

TI	1141715471	SARA SOTO GUEVARA	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.

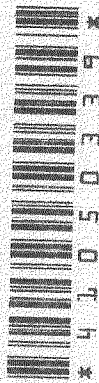
Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
C.C. 1014195264



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



— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

NUIP 1141715471

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 41050339

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 70 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U B

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido SOTO Segundo Apellido GUEVARA
Nombre(s) SARA

Fecha de nacimiento Año 2007 Mes JUL Día 20 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo 0 POSITIVO

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo AB104434

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos GUEVARA BERNAL AYDA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 1014195264 DE BOGOTÁ D.C.

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos SOTO GARCIA JULIO CESAR

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 10282401 DE MANIZALES

Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SOTO GARCIA JULIO CESAR

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 10282401 DE MANIZALES

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 2007 Mes AGO Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza

REYNALDO SANCHEZ BONILLA

REYNALDO SANCHEZ BONILLA
NOTARIO EN EJERCICIO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

LÍNEA REGISTRO DE VOTOS TUNO 117-FOLIO 242

ESPACIO PARA NOTAS

Bogotá D.C.,

13 NOV 2021

LA SUSCRITA NOTARIA SETENTA (70) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. - ENCARGADA
HACE CONSTAR QUE:

LA PRESENTE COPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE REGISTRO CIVIL DE ESTA NOTARÍA, LA CUAL SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, CON DESTINO AL INTERESADO.

REVISÓ ALC

YAWARNIY MAHINDU QUINTERO QUIROZ
NOTARIA SETENTA (70) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. - ENCARGADA
mediante resolución 10863 DE FECHA 10 DE NOVIEMBRE DE 2021





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

NUIP 1141715471

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41050339

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 70 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U B

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido SOTO Segundo Apellido GUEVARA
Nombre(s) SARA

Fecha de nacimiento Año 2007 Mes JUL Día 20 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo O POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

AB104434

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GUEVARA BERNAL AYDA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 1014195264 DE BOGOTÁ D.C.

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SOTO GARCIA JULIO CESAR

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 10282401 DE MANIZALES

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SOTO GARCIA JULIO CESAR

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 10282401 DE MANIZALES

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 2007 Mes AGO Día 09

Nombre y firma del notario que autoriza

REYNALDO SANCHEZ BONILLA

REYNALDO SANCHEZ BONILLA
Notario Encargado

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

LÍNEA REGISTRO DE VOTOS TEND 111-FOLIO 242

ESPACIO PARA NOTAS

Bogotá D.C.,

13 NOV 2021

LA SUSCRITA NOTARIA SETENTA (70) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. - ENCARGADA
HACE CONSTAR QUE:

LA PRESENTE COPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE REGISTRO CIVIL DE ESTA NOTARÍA, LA CUAL SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, CON DESTINO AL INTERESADO.

REVISÓ ALC

YAWARNIY MAHINDU QUINTERO QUIROZ
NOTARIA SETENTA (70) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. - ENCARGADA
mediante resolución 10863 DE FECHA 10 DE NOVIEMBRE DE 2021

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

