SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940410** |
| **Fecha Elaboración** | **22 Setiembre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **49336-291940** |

## 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/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 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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 7480949/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **43325** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn 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, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/09/2025 Al 30/09/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 16.711.557 |
| **Número de pago** | **8** | **Valor Total del Contrato:** | $ 45.228.524 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 12.112.046 |

## 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

| | | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **89051655** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 230.000 | $ 230.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 294.400 | $ 294.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.700 | $ 9.700 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| 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 | | $ 459.951 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 901.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 5.541.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.704.460,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.075.111,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 39.366,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.560.145,00** | |

**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:

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 Miguel Angel Ruiz
Fecha: 2025.09.23 09:56:37 -05'00'

**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**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1014195264 | AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL | DG 77B #119A -73 TO1 1002 | 8048183 | patriciagguevara10@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 18/09/2025 | 89051655 | $572.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 230.000 | 0 | | 0 | | 0 | 3 | 500 | 0 | 230.500 | 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 | 3 | 600 | 0 | 295.000 | 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 | 3 | 100 | 9.800 | | | 97 | 9.800 | 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 | 3 | 100 | 36.900 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 3 | 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 | 230.500 |
| Pensión | 1 | 294.400 | 295.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.700 | 9.800 |
| CCF | 1 | 36.800 | 36.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 570.900 | 572.200 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1014195264 | AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL | DG 77B #119A -73 TO1 1002 | 8048183 | patriciagguevara10@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 18/09/2025 | 89051655 | $572.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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

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

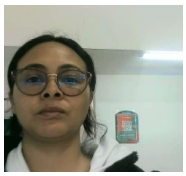
## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**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

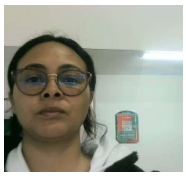
## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**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.

Cendiatra

## PSICOMETRICO

**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:**
**Nombre acompañante:**

**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** DOCENTE
**Fecha ingreso:** 06/07/2024
**Fecha salida:** 06/07/2024
**Teléfono acompañante:**

### 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 FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

OBSERVACIONES:

• 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:

Dr. María Nancy Pinilla Reis
Especialista en la Seguridad y la Salud en el Trabajo
Esp. 5901

MARIA NANCY PINILLA
RM: 5901
Firma y sello del médico

AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente



Powered by CamScanner

Cendiatra

## EXAMEN OPTOMETRICO

**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:**
**Nombre acompañante:**

**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**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 | |
|---|---|
| VISIÓN BORROSA: | NO |
| ARDOR: | NO |
| LAGRIMEO: | NO |
| ENROJECIMIENTO: | NO |
| PRURITO: | NO |
| CEFALEA: | NO |
| ASTENOPIA: | NO |
| SALTO DE RENGLON: | 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

| | | |
|---|---|---|
| **VISIÓN LEJANA** | | |
| SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA: | 20/20 | CC |
| CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA: | | |
| SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA: | 20/20 | CC |
| CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA: | | |
| SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA: | 20/20 | CC |
| CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA: | | |
| **VISIÓN PRÓXIMA** | | |
| SIN CORRECCION OD: | 0.50 CM. | CC |
| CON CORRECCION OD: | | |
| SIN CORRECCION OI: | 0.50 CM. | CC |
| CON CORRECCION OI: | | |
| SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA: | 0.50 CM. | CC |
| CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA: | | |
| **ESTENOPEICO** | | |
| SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO: | | |
| SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO: | | |
| SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO: | | |

### EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

**SECCIÓN 1**

*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 -

Powered by CamScanner

SANO
SANO

**COVER TEST**

**SECCIÓN 1**
FORIA:
FORIA:
HIRSCHBERG: CENTRADO
P.P.C:
MOTILIDAD OCULAR: NORMAL

**QUERATOMETRÍA**

**SECCIÓN 1**
OD QUERATOMETRÍA:
OI QUERATOMETRÍA:

**OFTAMOLSCOPIA**

**SECCIÓN 1**
OD OFTAMOLSCOPIA: MEDIOS TRANSPARENTES
OI OFTAMOLSCOPIA: MEDIOS TRANSPARENTES

**REFRACCÍON**

**OJO DERECHO**
ESTÁTICA: SOBREREFRACCION NEUTRO
DINÁMICA:
CICLOPLEJÍA:
**OJO IZQUIERDO**
ESTÁTICA: SOBREREFRACCION NEUTRO
DINÁMICA:
CICLOPLEJÍA:

**TEST ADICIONALES**

**SECCIÓN 1**
TEXT ADICIONALES: NO
VISIÓN CROMÁTICA: NORMAL
ESTERIOPSIS: NORMAL
TITMUS: NO
**RX EN USO**
OD:
OI:

**DIAGNÓSTICO**

**SECCIÓN 1**
DIAGNÓSTICO 1: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 2: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO
DIAGNÓSTICO 3:
DIAGNÓSTICO 4:
DIAGNÓSTICO 5:
OBSERVACIONES: - SE SUGIERE CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL Y CONTINUAR CON FORMULACION DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

**RECOMENDACIONES**

**SECCIÓN 1**
REQUIERE FORMULA: SI PERMANENTE
CONTROL ANUAL: SI
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA: NO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: NO

Dra. Sandra M. Castillo Ulloa OPTÓMETRA C.C. 1.095.945.431

SANDRA MARCELA CASTILLO ULLOA
RM: N/A
Firma y sello del médico

AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente



Powered by CamScanner

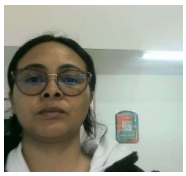
**REPORTE LABORATORIO CLÍNICO**

**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 | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | 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
Bacteriologa
UCMC

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141715471

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41050339

*41050339*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 70 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D U B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

**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
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: A8104434

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: GUEVARA BERNAL AYDA PATRICIA
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 1014195264 DE BOGOTA 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: x

**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
Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

x
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento
Nombre y Firma

LIBRO REGISTRO DE NACIDOS TOMO III FOLIO 282

**ESPACIO PARA NOTAS**

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

13 NOV 2021

Bogotá D.C., _____

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.

REVISO 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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 [X] Número 70 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D U B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

*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 | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: A81044434

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: GUEVARA BERNAL AYDA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 1014195264 DE BOGOTA 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: X

*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 SÁNCHEZ BONILLA
Nombre y firma

*Reconocimiento paterno*
X
Firma

*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Nombre y Firma

LIBRO REGISTRO DE VARIOS TOMO III FOLIO 202

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

13 NOV 2021

Bogotá D.C., _____

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA
YAWARNIY MAHINDU QUINTERO QUIROZ
NOTARIA ENCARGADA
CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

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.

REVISO 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