CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Itagüí, 30 de septiembre de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

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

C.C.	**1000874643**	**YURANY CORREA HURTADO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- hijo mayor de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificado por Medicina Legal.

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: ___Jorge Mario Correa Castañeda

C.C. ____16757142_____

Coopsana Norte (2136)
Consulta Medico General
Fecha de la atención 24/02/2022 18:01

sura

Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

Yurany Correa Hurtado

Identificación	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
CC 1000874643	29-03-2001	20 años(Juventud)	Femenino

Tipo de afiliación	Departamento	Municipio	Dirección
POS	ANTIOQUIA	MEDELLIN	CRA 66 A # 93 - 117
Teléfono fijo	Otro teléfono fijo		Correo electrónico
2371912	3207216062		J.MARIOCORREA@HOTMAIL.COM
Estado civil	Ocupación		
Soltero	AMA DE CASA		

Datos del acompañante

Nombre acompañante: sebastian correa
Parentesco acompañante: Hermanos

Motivo de Consulta

"necesita un certificado"

Enfermedad actual

Paciente de 20 años, residente en castilla, estudiante, antecedentes patológicos síndrome de down, alergias niega, en compañía del hermano quien refiere esta en proceso de subsidio, requiere historia clínica con Dx actualizado, en el momento paciente ASINTOMÁTICA.

Revisión por Sistemas

Niega otros síntomas asociados

Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Patología	Presenta
Hipertensión arterial	No	EPOC	No
Diabetes mellitus	No	Enfermedad tiroidea	No
Enfermedad isquémica del corazón	No	Trastorno del tracto digestivo	No
Trastorno de la Coagulación	No	Epilepsia	No
Cáncer	No	Trastorno psiquiátrico	No
Insuficiencia renal crónica	No	VIH	No
Asma	No	síndrome de Down	Sí

Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

Antecedentes Quirúrgicos

No relata procedimientos

Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años	11 año(s)	FUM (Fecha de última menstruación)	15-07-2019
Duración del ciclo menstrual	15 Dias	Frecuencia del ciclo menstrual	20 Dias

¿Planifica?: Si

Métodos de planificación: Implante subdérmico

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos: 0

Observaciones ginecobstétricas Paciente no ha iniciado vida sexual.

Examen físicó

Medidas Antropometricas Peso: 44 kg, Talla: 142 cm, IMC: 21.82, Clasificación según IMC : Peso normal

Signos Vitales Frecuencia cardiaca: 78 lpm, Frecuencia respiratoria: 16 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

Otros signos vitales Temperatura: 36.8 °C, Clasificación de la temperatura: Anormal, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 96 %, Clasificación saturación sin oxigeno: Normal

Estado general del paciente Paciente en buenas condiciones generales, alerta

Cabeza y Cuello Cráneo y cuero cabelludo sin lesiones, no deformidades. Conjuntivas ligeramente pálidas, escleras anicterias, mucosa oral húmeda y sana, orofaringe normal, otoscopia bilateral sin alteración. Cuello móvil, sin masas, sin retracciones, sin ingurgitación yugular. - **Agudeza visual, Evaluación de ojo izquierdo:** Paciente no acepta evaluación de agudeza visual, Evaluación de ojo derecho: Paciente no acepta evaluación de agudeza visual

Tórax Tórax simétrico, murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. No uso de músculos accesorios, ruidos cardiacos rítmicos de buena infensidad, sin soplos, no s3

Gastrointestinal Abdomen: peristaltismo presente, sin soplos, sin masas, blando depresible sin dolor a la palpación sin signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa

Genitourinario No valorado, no pertinente

Osteomuscular Extremidades: simétricas, eutróficas, sin edema, arcos de movilidad conservados. Lasegue negativo.

Neurologicos Neurológico sin déficit motor ni sensitivo, fuerza muscular conservada, reflejos osteotendinosos conservados, no rigidez nucal, Glasgow 15/15.

Análisis y plan

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	10-12-2020	Fecha de finalización de gestion	20-12-2020
Estado	Finalizado	Número de dias	10

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Notas de análisis y plan: Paciente de 20 años, residente en castilla, antecedentes patológicos síndrome de down, en compañía del hermano quien refiere esta en proceso de subsidio, requiere historia clínica con Dx actualizado, en el momento paciente ASINTOMÁTICA; sin cambios ni hallazgos patológicos al examen físico ; se da recomendaciones, signos y síntomas de alarma, paciente dice entender y aceptar.

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
Z008-OTROS EXÁMENES GENERALES	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

Información del profesional

MATEO PAVONI ROLDAN

CC 1017228595 MEDICINA GENERAL Registro 1017228595

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO
1.000.874.643

CORREA HURTADO
APELLIDOS

YURANY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-2001
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-MAR-2019
FECHA DE VENCIMIENTO

30-ABR-2015 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+ F
G.S. RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0100150-00748491-F-1000874643-20150918 0046516158A 1 7013383895