SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**26224-867360**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CARLOS ALBERTO LEMOS GIL
Correo electrónico contratista: calemos@sena.edu.co
C.C. 16.551.322 **IP/Nº de contacto** 23278

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 10085102676

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5860765/2024 **Nº Compromiso SIIF** 35424

Valor Total del Contrato	$ 20.690.359	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.690.359	**1**	**Del**	**12/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 2.828.179,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.862.180		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FPI COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.828.179		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.828.179**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.938.584**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7911065831**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 823.333	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 103.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 131.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 8.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 707.044	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 646.195	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.938.584,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.828.179,00	
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 - 8523	8.485,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	14.141,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.805.553,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se adjunta informe mensual de actividades
Se adjunta documentos solicitados para el primer pago

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 diligenciados.

CARLOS ALBERTO LEMOS GIL
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,

GERMAN SUAREZ GARCIA
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

ALBETH MARTINEZ VALENCIA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 16551322
NOMBRES Y APELLIDOS	Lemos Gil,Carlos Alberto
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente, Independiente Con
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	23/08/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lemos Gil,Carlos Alberto, a los 26 días del mes de enero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ALBERTO LEMOS GIL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16551322,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de enero de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14300887505

(415)7707212489984(8020) 000001430088750 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 6 5 5 1 3 2 2	9	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 6 5 5 1 3 2 2	2 0 0 6 0 5 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Roldanillo 6 2 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEMOS	GIL	CARLOS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Roldanillo 6 2 2

41. Dirección principal: CR 5 9 54

42. Correo electrónico: calemos@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 2 9 8 4 7 4	3 0 1 7 2 7 6 5 7 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 0 6 0 1 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2014 - 07 - 11

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PsicológicaMente
SALUD MENTAL INTEGRAL

INFORME PSICODIAGNOSTICO

NOMBRE DEL POSTULANTE: Carlos Alberto Lemos Gil.
C.C: 16.551.322
EDAD: 46 AÑOS
ESCOLARIDAD: Maestría.
EMPRESA REQUIRIENTE: SENA.
PUESTO REQUERIDO: Instructor.
FECHA: 27 de agosto del 2022

- **TECNICAS ADMINISTRADAS**

TMMS 24: Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) es una escala rasgo de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Su validación puede encontrarse en Fernández.-Berrocal et al. (2004).

INTELIGENCIA EMOCIONAL	Debe mejorar	Adecuada	Excelente
Atención emocional	14		
Claridad emocional		21	
Reparación emocional		19	

ENTREVISTA POR COMPETENCIAS

Basado en técnicas de Martha Alles que permite establecer a través de una entrevista estructurada las tendencias de comportamiento de un individuo en el mundo laboral.

I COMPETENCIAS PARA EL CARGO	1	2	3	4	5
Planeación y organización				X	
Solución de problemas					X
Orientación al servicio					X
Acatamiento de normas y compromiso					X

II PERCEPCIÓN DEL EXAMINADOR	1	2	3	4	5
Análisis y síntesis					X
Fluidez verbal y expresión					X
Capacitación para el cargo					X

CONCEPTO FINAL

Carlos Alberto evidencia estabilidad en sus relaciones interpersonales, indica un circulo selectivo en el campo social, centrado en la relación familiar y concentrado en sus actividades organizacionales, por momentos con algunas prevenciones para abordar aspectos relacionados con su campo emocional que no necesariamente impliquen condiciones críticas o de manejo inadecuado al momento de resolver conflictos.

PsicológicaMente
SALUD MENTAL INTEGRAL
EFRAIN ARBOLEDA SAAVEDRA
MÁSTER EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
Cél 316 405 50 42

Nota: Cabe resaltar que los aspectos anteriormente mencionados, fueron arrojados por las pruebas aplicadas (TMMS24 y entrevista por competencias con base a los instrumentos de aplicación)

	ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL - APSOSEG **NIT: 821.003.605-8**	**F01-PD01 PTML**
	CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL	**versión: 10 - 11/01/2022**

Información general

EMPRESA / EMPLEADOR	CARGO	FECHA
Prestador(a) de Servicios	Instructor	29/08/2022

TIPO DE EVALUACIÓN	ENFASIS DE LA EVALUACIÓN	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO
Pre-ingreso	Osteomuscular	N/A

Datos del evaluado.

APELLIDO(S)	NOMBRE(S)	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO		EDAD
Lemos Gil	Carlos Alberto	C.C.	16.551.322	46 años y 0 meses

Evaluación y pruebas complementarias

Examen médico-laboral	Hemograma	
Optometria		
Glicemia		
Perfil Lipidico		

Concepto Médico laboral

Puede laborar en el cargo con recomendaciones

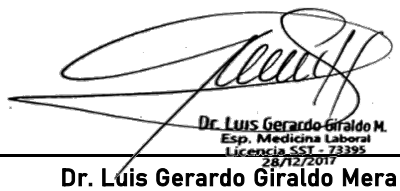
Recomendaciones

1) Uso de EPP - 2) Uso de anteojos para actividades de visión lejana - 3) Medidas de higiene postural - 4) Pausas activas o recesos periódicos según corresponda.

Direccionamiento a sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE).

1	Ergonómico - DME. Columna lumbar	2	Estilos de vida saludable	3	
4		5		6	

- El presente certificado tiene una vigencia máxima de tres (3) años, la cual se encuentra regulada por las condiciones estipuladas en el Artículo 2.2.4.2.2.18 del decreto 1072 de 2015 del ministerio del trabajo.
- La custodia de este registro médico y sus anexos se rige por lo dispuesto en la resolución 1918 de 2009 del ministerio de protección social.
- El profesional que firma este documento da fe que la información suministrada y registrada por el medico en el certificado es veraz de acuerdo con su ética profesional.



Dr. Luis Gerardo Giraldo Mera
Médico Especialista en SST
Licencia médica: 76-5578 del 12/08/2014
Licencia SST: 73395 del 28/12/2017

	ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL - APSOSEG **NIT: 821.003.605-8** **HISTORIA CLÍNICA LABORAL**	**F01-PD01 PTML** **versión: 10 - 17/06/2022**

1. Información de la evaluación.

EMPRESA / EMPLEADOR	CARGO	FECHA
Prestador(a) de Servicios	Instructor	29/08/2022

TIPO DE EVALUACIÓN	ENFASIS DE LA EVALUACIÓN	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO
Pre-ingreso	Osteomuscular	N/A

2. Datos del evaluado.

APELLIDO(S)	NOMBRE(S)	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO		SEXO
Lemos Gil	Carlos Alberto	C.C.	16.551.322	Masculino

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL	FORMACIÓN ACADÉMICA	DOMINANCIA	TEL. FIJO O CELULAR
06/08/1976	46 años	Unión libre	Especialidad	Diestro(a)	304-309-4760

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
Valle	Roldanillo	Carrera 5 # 9-58

E.P.S.	A.R.L	A.F.P.
SANITAS	- DESCONOCE	COLPENSIONES

3. Contacto de emergencia.

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TEL. FIJO O CELULAR:
Juan Camilo Lemos	Hermano	300-305-0126

4. Antecedentes laborales.

EMPRESA / EMPLEADOR	CARGO	PELIGROS ENCONTRADOS	E.P.P	Fecha		DURACIÓN
				Ingreso	Retiro	
Trabajador (Argentina)	Oficios varios		N/A	-	-	7 años
Sena (Tuluá)	Instructor	Ninguno	N/A	-	-	9 años
Trabajador informal	Oficios varios		N/A	-	-	2 años
	-	-				

5. Eventos de origen laboral (Accidente laboral - AT / Enfermedad laboral - EL).

Fecha	EMPRESA / EMPLEADOR	A.R.L	CALIFICACIÓN Y DIANGÓSTICO		PCL
	Niega AT/EL				

6. Antecedentes patológicos personales (APP).

1. Tx: Fx de radio y cúbito derechos.

7. Antecedentes patológicos familiares (APF).

Niega APF

8. Antecedentes ginecobstétricos (AGO - aplica solo para sexo femenino).

MENARQUIA	CICLOS	FUM	DISMENORREA	PLANIFICACIÓN FAMLIAR	

CITOLOGÍA	RESULTADO	AUTOEXAMEN DE SENOS

GESTACIONES:	0		
P:	0	A:	0
C:	0	E:	0

9. Hábitos.

DESCRIPCIÓN	Si / No	FRECUENCIA / EXPLICACIÓN
Cigarrillo	No	
Alcohol	No	
Psicotropicos	No	

Deporte	No	
Extralaboral	No	

Sueño de predominio: Nocturno	Horas Aproximadas: 7	Reparador: Si	Síntomas de Insomnio: No

10. Revisión actúal de sistemas (RAAS).

Niega sintomatología.

11. Examen Físico.

PESO (Kg)	ALTURA (m)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL	FREC. CARDIACA	FREC. RESPIRAT.
131	1,71	44,80 Kg/m^2 » Obesidad	131 / 77 mmHg » Normal Alta	83 latidos por min.	16 ciclos por min.

OXIMETRÍA	PERIMETRO ABDOMINAL	ALERTA	COLABORADOR	ORIENTADO	LLENADO CAPILAR	MARCHA
94 %	140 cm » Riesgo muy elevado	Si	Si	Si	Menos de 3 seg.	Eubásica

REGIÓN	HALLAZGOS
Cabeza y cuello	Normal
Cara y orofaringe	Normal
Tórax y cardiopulmonar	Normal
Abdomen	Abundante tejido adiposo
Región lumbar	Normal
Pelvis	Normal
Genitourinario - anal	No se examina
Extremidades superiores	Tinel y phalen: negativos
Extremidades inferiores	Normal
Sistema nervioso central	Normal
Piel y tegumentos	Normal

12. Pruebas complementarias.

PRUEBA	FECHA	RESULTADO
Hemoclasificación		O POSITIVO
Optometria	29/08/2022	Miopia
Glicemia	29/08/2022	Normal
Perfil Lipidico	29/08/2022	C. Total: 110,4 mg/dL - HDL: 33 mg/dL - LDL: 58,6 mg/dL - Trigliceridos: 94 mg/dL
Hemograma	29/08/2022	98 mg/dL

13. Diagnóstico(s). [CIE-11]

1	examen médico laboral de pre-ingreso con énfasis osteomuscular	QA03.0
2	Miopía	9D00.0
3	Obesidad	5B81

14. Dictamen.

Puede laborar en el cargo con recomendaciones

15. Recomendaciones generales.

Suspender consumo de cigarrillo		Controlar el consumo de alcohol		Control de peso	X
Realizar deporte / ejecicio	X	Optometria anual	X	Audiometria anual	
Antígeno prostático (PSA)					

16. Recomendaciones generales en relación al trabajo.

Uso de EPP: Si | Pausas activas / Descansos periódicos: Si | Inducción o re-inducción al cargo: Si

17. Direccionamiento a sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE).

Estilos de vida saludable:	Si	Riesgo Cardiovascular:	No	Hipoacusia neurosensorial inducida por ruido (HNIR):	No
Ergonómico - DME. Miembros superiores:	No	Ergonómico - DME. Columna lumbar:	Si	Riesgo visual: optoergonomía / trauma ocular:	No
Riesgo químico: organofosforados y/o carbamatos:	No	Riesgo químico - sustancias varias:	No	Riesgo Biológico:	No

Riesgo físico: radiaciones Ionizantes:	No	Riesgo Piscolaboral:	No

18. Remisión(es)

Medicina laboral E.P.S.	No	
Remisión a E.P.S.	Si	Medicina general, nutricionista
Continuar tratamiento por E.P.S.	No	
Remisión a A.R.L	No	

DECLARACIÓN

Yo, Carlos Alberto Lemos Gil, en calidad de evaluado declaro que toda la información que he suministrado para la elaboración de este documento es verdadera, se me ha explicado sobre los exámenes paraclínicos que me han practicado y he consentido su realización; Además, autorizo al médico firmante al pie y a APSOSEG el uso de dicha información para la elaboración del certificado médico-laboral en marco de la confidencialidad médico-paciente según la resolución 2346 de 2007 del ministerio de la protección social.

Carlos Alberto Lemos Gil
C.C. 16.551.322

VIGENCIA Y CERTIFICACIÓN

El presente certificado tiene una vigencia máxima de tres (3) años, la cual se encuentra regulada por las condiciones estipuladas en el Artículo 2.2.4.2.2.18 del decreto 1072 de 2015 del ministerio del trabajo.

Dr. Luis Gerardo Giraldo M.
Esp. Medicina Laboral
Licencia SST - 73395
28/12/2017

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO EVALUADOR

ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL - APSOSEG

NIT: 821.003.605-8

OPTOMETRÍA LABORAL (TAMIZAJE)

versión: 02.B - 11/01/2022

1. Información general

EMPRESA / EMPLEADOR	CARGO	FECHA
Prestador(a) de Servicios	Instructor	29/08/2022

TIPO DE EVALUACIÓN	ENFASIS DE LA EVALUACIÓN	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO
Pre-ingreso	Osteomuscular	N/A

2. Datos del evaluado.

APELLIDO(S)	NOMBRE(S)	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO		EDAD
Lemos Gil	Carlos Alberto	C.C.	16.551.322	46 años y 0 meses

3. Antecedentes Oftalmológicos.

ÚLTIMO CONTROL VISUAL:	1 Año	CIRUGÍAS OCULARES:	Ninguno

Irritación Ocular:	No	Epifora:	No	Prurito ocular:	No	Secreción ocular:	No	Fatiga visual:	No
Astenopia:	No	Fotofobia:	No	Diplopia:	No	Cefalea:	No		

Observaciones:

Usario de Correccion optica mas de 10 años, Niega antecedentes generales

5. Exposición a factores de riesgo laborales.

Factor de Riesgo	Si/No	Tiempo de expocisión en horas	Uso de EPP
Radiación solar prolongada:	No		N/A
Productos químicos corrosivos:	No		N/A
Material metalmecánico:	No		N/A

Factor de Riesgo	Si/No	Tiempo de expocisión en horas	Uso de EPP
Zonas agroindustriales:	No		N/A
Piscinas o zonas húmedas:	No		N/A
Manipulación de hidrocarburos:	No		N/A

Observaciones:

6. Evaluación optometría

Optotipo: Snelle

AV		LEJOS	CERCA	P.H.
SC	OD		0,50m	
	OI		0,50m	
CC	OD	20/20		
	OI	20/20		

KAPPA				HIRSCHBERG	
	C	P	N	CENTRADO	DESCENTRADO
OD	X			X	N T
OI	X				

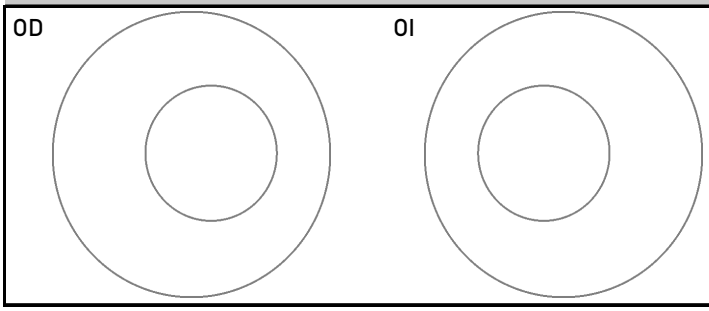
DUCCIONES			
OD	Normal	OI	Normal

VERSIONES

OD + + + + + + + + + OI + + + + + + + + +

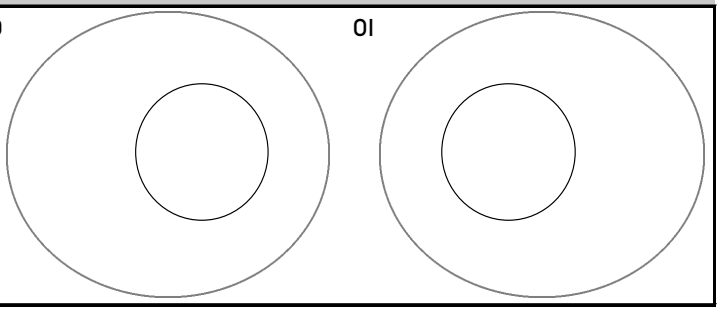
EXPLORACIÓN EXTERNA

OD OI



FONDO DE OJO

OD OI



BIOMICROSCOPIA		OFTALMOSCOPIA	
ESTRUCTURA	OBSERVACIONES	ESTRUCTURA	OBSERVACIONES
Párpados		Retina	Aplicada
Córnea		Cristalino	Transparente
Pestañas		Córnea	Transparente

TEST DE COLOR				RETINOSCOPIA							
Test usado:	Ishihara	**Resultado:**	Normal	**OD:**		**AV:**		**add:**		**OI:**		**AV:**		**add:**	

SUBJETIVO	RX

7. Diagnóstico.

Miopia

8. Recomendaciones.

Uso de correccion optica en V.L

Danna K. Giraldo M

Danna K. Giraldo Mera
Optómetra
1.113.789.701

Firma y sello del optómetra

Firma del paciente

ciclaboratorios s.a.s.
más que resultados

15068714

Solicitud : 15068714
Identificación : CC 16551322
Fecha Recepción : 2022-08-29 09:34:43
Fecha Impresión : 2022-08-29 17:38:39.

Paciente : CARLOS ALBERTO LEMOS GIL
Edad/Sexo : 46 A / MASCULINO
Convenio : APSOSEG
Fecha Nacimiento : 06/08/1976
Medico/Area : NA / AMBULATORIO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL				
Técnica : Citometría de Flujo				
Estudio Eritrocitario				
Recuento de Eritrocitos	**5.36**	x10^6 /uL	V. Ref. Niños: 4.0 - 6.10 x10^6/mm3 Hombres: 3.80 - 5.20. x10^6/mm3 Mujeres: 3.80- 5.20 x10^6/mm3	
Hemoglobina	**14.6**	gr/dl	Niños: 12.3 - 17.5. gr/dl Hombres: 14.0 - 17.5. gr/dl Mujeres: 12.3 - 15.3. gr/dl	
Hematocrito	**44.5**	%	Niños: 37.0 - 52.0 % Hombres: 42.0 - 52.0 % Mujeres: 37.0 - 47.0 %	
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	**83.0**	fL	80.0	100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Medio)	**27.2**	pg	27.0	33.5
MCHC (Concent Hemoglob Corpuscular)	**32.8**	gr/dl	33.0	37.0
RDW-CV (Ancho de Distrib de Eritrocitos)	**12.4**	%	11.0	16.0
Estudio Leucocitario				
Recuento de Leucocitos	**8.15**	x10^3 /uL	5.0	10.0
Recuento Diferencial (Relativo)				
% Polimorfo Nucleares Neutrofilo	**61.9**	%	40.0	74.0
% Linfocitos	**27.0**	%	19.0	48.0
% Monocitos	**5.31**	%	3.40	10.0
% Polimorfo Nucleares Eosinofilos	**4.55**	%	0.0	7.0
% Polimorfo Nucleares Basofilos	**1.26**	%	0.0	1.5
Recuento Diferencial (Absoluto)				
Polimorfo Nucleares Neutrófilos	**5.04**	x10^3 /uL	1.90	7.6
Linfocitos	**2.20**	x10^3 /uL	0.9	5.2
Monocitos	**0.432**	x10^3 /uL	0.1	1.0
Polimorfo Nucleares Eosinófilos	**0.370**	x10^3 /uL	0.00	0.80
Polimorfo Nucleares Basófilos	**0.103**	x10^3 /uL	0.00	0.20
Estudio Plaquetario				
Recuento de Plaquetas	**261**	x10^3 /uL	150	400
Volumen Plaquetario Medio	**5.99**	fL	5	10
Plaquetocrito	**0.157**	%		

* La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico*

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código:
MTUwNjg3MTQ=

URL: http://validadorqr.ciclaboratorios.com/

ciclaboratorios s.a.s.
más que resultados

15068714

Solicitud : 15068714
Identificación : CC 16551322
Fecha Recepción : 2022-08-29 09:34:43
Fecha Impresión : 2022-08-29 17:38:39.

Paciente : CARLOS ALBERTO LEMOS GIL
Convenio : APSOSEG
Medico/Area : NA / AMBULATORIO

Edad/Sexo : 46 A / MASCULINO
Fecha Nacimiento : 06/08/1976

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

HEMATOLOGIA

Recuento Diferencial (Método Manual En Lámina Confirmatorio) .

Fecha / Hora Validado : 2022-08-29 / 17:36

Daneysy Perez B.
DANEYSY PEREZ BOLAÑOS
BACTERIOLOGA
REG 76-4753

INMUNOQUIMICA

COLESTEROL TOTAL **110.4** mg/dl
Metodo: Enzimático

Niños:			
Aconsejable:	Menor	de	170
Riesgo Moderado:	170	-	199
Alto riesgo:	Mayor	de	200
Adultos:			
Aconsejable:	Menor	de	200
Riesgo Moderado:	200	-	239
Alto riesgo:	Mayor	de	240

Fecha / Hora Validado : 2022-08-29 / 16:33

* La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico*

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código:
MTUwNjg3MTQ=

URL: http://validadorqr.ciclaboratorios.com/

ciclaboratorios s.a.s.
más que resultados

15068714

Solicitud : 15068714
Identificación : CC 16551322
Fecha Recepción : 2022-08-29 09:34:43
Fecha Impresión : 2022-08-29 17:38:39.

Paciente : CARLOS ALBERTO LEMOS GIL
Convenio : APSOSEG
Medico/Area : NA / AMBULATORIO

Edad/Sexo : 46 A / MASCULINO
Fecha Nacimiento : 06/08/1976

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOQUIMICA			
GLUCOSA	**98**	mg/dl	
			Cordón Umb: 45 - 96
			Prematuros: 20 - 60
			RN: 30 - 60
			RN 1 dia: 40 - 60
			RN >1 dia: 50 - 80
			Niños: 60 - 100
			Adultos: 74 - 100
			>60 años: 82 - 115
			> 70 años: 75 - 121
Técnica. Hexocinasa.			
Fecha / Hora Validado : 2022-08-29 / 16:33			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - HDL	**33**	mg/dl	
Técnica: Enzimática.			
			Factor principal de riesgo de cardiopatias: <40 mg/dL
			Factor negativo de riesgo de cardiopatias: >60 mg/dL
COLESTEROL VLDL	**18.80**		
COLESTEROL LDL	**58.60**		
INDICE ARTERIAL	**3.35**		
Fecha / Hora Validado : 2022-08-29 / 16:33			

* La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico*

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código:
MTUwNjg3MTQ=

URL: http://validadorqr.ciclaboratorios.com/

ciclaboratorios s.a.s.
más que resultados

15068714

Solicitud : 15068714
Identificación : CC 16551322
Fecha Recepción : 2022-08-29 09:34:43
Fecha Impresión : 2022-08-29 17:38:39.
Paciente : CARLOS ALBERTO LEMOS GIL
Edad/Sexo : 46 A / MASCULINO
Convenio : APSOSEG
Fecha Nacimiento : 06/08/1976
Medico/Area : NA / AMBULATORIO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOQUIMICA			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD - LDL	**58.60**	mg/dl	Menor de 100
Metodo: calculado			
Fecha / Hora Validado : 2022-08-29 / 16:33			
TRIGLICÉRIDOS	**94**	mg/dl	Normal: Menor de150 mg/dl Límite alto:150-199 mg/dl Alto: 200-499 mg/dl Muy alto: Mayor o Igual a500 mg/dl
Técnica: Glicerol Fosfato Oxidasa.			
Observaciones:			
Fecha / Hora Validado : 2022-08-29 / 16:33			

ERICK ANTONIO ROSALES CERPA
BACTERIOLOGO
014311

* La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico*

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código:
MTUwNjg3MTQ=

URL: http://validadorqr.ciclaboratorios.com/

Laboratorio Clìnico

DR. CARLOS JULIO PANDALES

Bacteriòlogo y Laboratorista Clìnico Universidad Catolica de Manizales

Registro 40343 S.S.V.

Paciente	**CARLOS ALBERTO**	**LEMOS GIL**	*Sexo*	**M**	*Edad :* **47 AÑOS**
Codigo	**36761**		*Número de Id.*	**16551322**	
Medico	**.**		*Teléfono*	**3016206478**	
Entidad	**PARTICULARES**				

RESULTADOS

Examen Realizado : 08/02/2023

UROANALISIS CON SEDIMENTO URINARIO

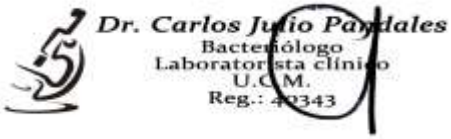
Técnica : ANALIZADOR URIT-330 Y MICROSCOPIA

	Resultado	Valor Referencia
	EXAMEN FISICO - QUIMICO	
	.	
COLOR	Amarillo	Amarillo - Amarillo Claro
ASPECTO	Transparente	Tansparente
ESTERASAS DE LEUCOCITOS	0	0 Cell/uL
CETONAS	0	0 mg/dl
NITRITOS	Neg	Neg
UROBILINOGENO	Normal	Normal (3,2 -16) umol/L
BILIRRUBINAS	0	0 umol/L
GLUCOSA	0	0 mmol/L
PROTEINAS	0	0 umol/L
DENSIDAD	1.010	1.010 - 1.025
pH	5.0	5.5 - 7.0
SANGRE	0	< 10 Cell/Ul
Ac. ASCORBICO	0	0 mmol/L
MICROALBUMINURIA	< 10	< 10 mg/dl
CALCIO	< 1.0	0 mmol/L
CREATINURIA	17.6	> 0.9 mmol/L
RELACION MA/CR	< 3.4	< 3.4
	EXAMEN MICROSCOPICO	
LEUCOCITOS	0 - 1 x C	
BACTERIAS	Ausentes x C	
CELULAS EPITELIALES BAJAS	+ x C	
OBSERVACIONES	. x C	
	Se observan espermatozoides en escasa cantidad	

Paciente	**CARLOS ALBERTO**	**LEMOS GIL**	*Sexo*	**M**	*Edad :* **47 AÑOS**
Codigo	**36761**		*Número de Id.*	**16551322**	
Medico	**.**		*Teléfono*	**3016206478**	
Entidad	**PARTICULARES**				

RESULTADOS

Examen Realizado : 08/02/2023



BACTERIOLOGO
DR. CARLOS JULIO PANDALES
Registro 40343 S.S.V.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ALBERTO LEMOS GIL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16551322 realizó el día 15/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CARLOS ALBERTO LEMOS GIL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16551322 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 1115076765
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1115076765	DIANA YURANI GONZALEZ CACERES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	671	13/02/2024	CC 16551322	LEMOS GIL CARLOS	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

621E18852C1C5695951D1191C04C1EB2 Certificado impreso el día 2/12/2024 9:24:38 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

CARLOS ALBERTO
LEMOS GIL
16551322

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado
Bancario

Viernes, 16 de febrero de 2024

Señor(a)
SENA CAB

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS ALBERTO LEMOS GIL identificado(a) con CC 16551322, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	10085102676	2005/09/19	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
GUADALAJARA DE BUGA, 06 DE FEBRERO DE 2024	3843349-3		15550812
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215550812

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
16551322	CARLOS ALBERTO LEMOS GIL		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CRA 6 A NORTE 6 60		MEDELLIN	5143542

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
16551322	CARLOS ALBERTO LEMOS GIL

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06-FEB-2024	31-OCT-2024	4.301.808,00	28.571,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
06-FEB-2024	31-OCT-2024	268	06-FEB-2024	31-OCT-2024	$28.571	$5.428	$33.999

VALOR A PAGAR EN LETRAS
TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$4.301.808	$17.207	$4.301.808,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

101 – NEGOCIOS ESTATALES

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	048	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
51507	NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100,00	28.571

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 – 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 – 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.5860765.
OBJETO:PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar 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

Bogotá, 16 de febrero de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Guadalajara de Buga

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:

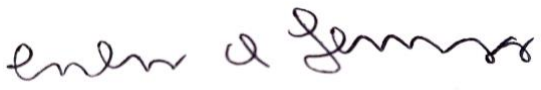
T.I.	**1125228509**	**Lara Juliana Lemos Aguirre**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1125233328**	**Victoria Camila Lemos Aguirre**	**HIJO**

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: **Carlos Alberto Lemos Gil**
C.C. **16.551.322**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.125.228.509**

LEMOS AGUIRRE

APELLIDOS

LARA JULIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-2008**

BUENOS AIRES
ARGENTINA
LUGAR DE NACIMIENTO

28-OCT-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

20-NOV-2015 ROLDANILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-3109100-00778574-F-1125228509-20151221 **0047**08534A 1 46339336

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1125228509

Indicativo Serial 43396714

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 51 10 0

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

ARGENTINA - BUENOS AIRES CAPITAL FEDERAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LEMOS	AGUIRRE

Nombre(s)

LARA JULIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes OCT Día 28	FEMENINO	O	+

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

ARGENTINA - BUENOS AIRES CAPITAL FEDERAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS	No.461 T.1:B CIRCUNS 2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

AGUIRRE NANCY PAMELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD No.28023770 DE ARG	ARGENTINA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LEMOS GIL CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA No. 16.551.322 DE ROLDANILLO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LEMOS GIL CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA No. 16.551.322 DE ROLDANILLO	

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	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace la inscripción
Año 2008 Mes NOV Día 17	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL.

CONSULADO DE COLOMBIA
Ana M. Calderón Rojas de León
Primer Secretario
Asuntos Funcionales Consulares
BUENOS AIRES

NOTARIA PRIMERA DE BOGOTÁ

ES FIEL FOTOCOPIA DE (COPIA AUTENTICADA) DEL FOLIO DE *NACIMIENTOS* QUE REPOSA EN NUESTRO ARCHIVO
DADA EN BOGOTÁ D.C. A LOS:

29 MAR 2016

REPUBLICA DE COLOMBIA
1.1 BLANCA OLIVA SEGURA RUBIO
NOTARIA
ENCARGADA
NOTARIA PRIMERA DE BOGOTÁ

EL NOTARIO PRIMERO

opia

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1125233328

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57330475

* 57330475 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 2 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ARGENTINA , DISTRITO FEDERAL , BUENOS AIRES

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LEMOS	AGUIRRE

Nombre(s)
VICTORIA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes FEB Día 19	FEMENINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ARGENTINA , BUENOS AIRES , CAPITAL FEDERAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	cnt39n49a2022

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos	
LEMOS GIL CARLOS ALBERTO	
Documento de identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
CC 16551322	COLOMBIANA

Datos del padre o madre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos	
AGUIRRE NANCY PAMELA	
Documento de identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
DE 28023770	ARGENTINA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
LEMOS GIL CARLOS ALBERTO	
Documento de identificación (Clase y número)	**Firma**
CC 16551322	Carlos A. Lemos

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos	
XXXXXXXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número)	**Firma**
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
XXXXXXXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número)	**Firma**
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes JUL Día 11	JORGE VILLAMIZAR TRUJILLO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Fiel copia del original expedida el 2022/08/10 por JORGE VILLAMIZAR TRUJILLO, CONSUL GENERAL en el Consulado de Colombia

CONSULADO EN BUENOS AIRES (ARGENTINA)

El suscrito (a) CONSUL GENERAL certifica que el presente documento es fiel COPIA del REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO tomada de su original que reposa en el Ministerio de Relaciones Exteriores, con serial 57330475 de VICTORIA CAMILA LEMOS AGUIRRE.

Se expide para DEMOSTRAR PARENTESCO.

La copia se expide el 10 de agosto de 2022.

FIRMA

JORGE VILLAMIZAR TRUJILLO
CONSUL GENERAL
BUENOS AIRES

La autenticidad de este documento puede ser verificada en:
http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:CRWIK134540879