SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**17845-312916**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**C.C.**	79.450.163	**IP/Nº de contacto**	3184520555
Correo electrónico contratista:	wbravo@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 005000136605

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: 5853548/2024 **Nº Compromiso SIIF** **12124**

Valor Total del Contrato	$ 18.633.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.633.333	**1**	**Del**	**05/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.300.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.333.333		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ“N DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTONOMA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.300.000		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	**$ 4.300.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.534.850**		**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	----------	**74347317**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.720.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 215.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 275.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.075.000	$ -	
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	$ 430.000	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 844.950	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.534.850,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.809.800,00	
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	36.803,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$4.263.197,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional evaluar, identificar funcionamiento equipos gas, de acuerdo con normativa y fabricante. Ficha:2614412
Impartir formación profesional en corregir fallas en instalaciones RVC domesticas. Ficha: 2774911
Impartir formación profesional evaluar, identificar funcionamiento equipos gas, de acuerdo con normativa y fabricante. Ficha: 2774999
Impartir formación profesional en evaluar instalaciones de gas según procedimientos técnicos y normativa. Ficha: 2560490
Impartir formación profesional proyecto productivo San Antonio

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.

WILSON BRAVO HERNANDEZ
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,

MARTHA LUCIA CARDOZO PAVAS
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

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 79450163
NOMBRES Y APELLIDOS	Bravo Hernandez,Wilson
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Voluntario Al Sistema De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2006
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Bravo Hernandez,Wilson , a los 23 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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**NIT:**	79450163
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2024
Número de Radicación:	74347317	**Total a pagar:**	$565,100
Fecha de vencimiento:	14/02/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	31/01/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	426900290
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$74,900
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$275,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$215,000
						$565,100

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

PAGADA

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON BRAVO HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79450163,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2019** 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 23 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **WILSON BRAVO HERNANDEZ** identificado con **CC** No. **79450163**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 20/08/2009 **Fecha de inicio de cobertura:** 04/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 10/06/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INSTRUCTOR

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012525739.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14969667842

(415)7707212489984(8020) 000001496966784 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 4 5 0 1 6 3	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	7 9 4 5 0 1 6 3	1 9 8 6 0 8 1 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BRAVO	HERNANDEZ	WILSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: DG 89 A 115 50 IN 10 AP 103 BRR CIUDADELA COLSUBSIDIO

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

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
3 3 1 2	2 0 2 2 0 2 2 5	8 5 5 1	2 0 2 3 0 2 1 4	8 5 4 1	8 5 4 2	8 3 2 2	

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	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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 2023 - 12 - 29 / 10 : 46: 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 BRAVO HERNANDEZ WILSON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) WILSON BRAVO HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79450163 realizó el día 19/02/2024 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 WILSON BRAVO HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79450163 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 -

Hace constar:

Que el Sr(a) WILSON BRAVO HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79450163 el día 19/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79450163-75251

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	16/11/2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**Identificación:**	79450163
Género	MASCULINO **Edad:** 54	**Teléfono**	**Móvil:** 3142240236
Fecha Nacimiento:	4/03/1968	**Cargo:**	SUPERVISOR (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	DEBE USAR ANTEOJOS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, VALORACION POR OPTOMETRIA VERIFICAR MEJORA DE VISION CON CORRECCION OPTICA PREVIO INICIO DE LABOR VALORACION FISIATRIA EPS 2.USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, RESPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, NO USAR MANOS LIBRES NI AUDIFONOS 3. REQUIERE TRATAMIENTO POR MEDICINA GENERAL EN EPS POR COLESTEROL ELEVADO.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ESTIRAMIENTOS DURANTE SU LABOR
ANEXO CARDIOVASCULAR	DIETA SALUDABLE Y EJERCICIO
PRUEBA PSICOLOGIA 16 PF -5	SIN DIFICULTADES PARA EL CARGO
CUADRO HEMÁTICO	REALIZADO
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS	REALIZADO
GLICEMIA PRE-PRANDIAL	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	SEGUIMIENTO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: CUIDADO AUDITIVO, OSTEOMUSCULAR Y REQUIERE VALORACION , TRATAMIENTO POR MEDICINA GENERAL EN EPS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

OSTEOMUSCULAR		SVE
NUTRICIÓN	-	SVE
AUDITIVO	-	SVE

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL	VALORACION Y TRATAMIENTO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Dra. Karen Yohana Garcia
Gerente Salud Ocupacional
RM 12860
Especialista en Auditoria - Salud

KAREN YOHANA GARCIA PALACIOS

12860

Médico Especialista en Salud Laboral

WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163

Firma y cédula del Paciente

LABORATORIO CLÍNICO

Informe de Laboratorio: 77917

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: WILSON BRAVO HERNANDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 4/03/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103
Empresa PARTICULAR

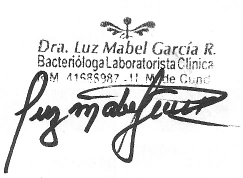
Tipo de Examen: LABORATORIO CLINICO PARTICULAR
Identificación: 79450163
Teléfono **Móvil:** 3142240236
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA PRE-PRANDIAL - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:45.3720	100 mg/dl	VR: 70 - 100 mg/dl	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:25.8500			REALIZADO
HEMATOCRITO	47 %		
HEMOGLOBINA	15.6 Gr%		
LEUCOCITOS	6800 /mm		
V.S.G.	6 mm		
RECUENTO DIFERENCIAL.			
NEUTRÓFILOS	61 %		
LINFOCITOS	35 %		
EOSINOFILOS	2 %		
BASOFILOS			
CAYADOS.			
MONOCITOS	2 %		
RECUENTO DE PLAQUETAS	290.000 /mm	130.000 - 440.000 plaquetas por cc de sangre	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:52.4330	RAZON COLESTEROL/HDL:		SEGUIMIENTO
COLESTEROL TOTAL	198 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	51 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL	115 mg/dl	VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	170 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:36.0980			REALIZADO
EXAMEN FISICO.			
COLOR.	AMARILLA		
ASPECTO.	LIGERAMENTE TURBIO		
PH.	5.0		
DENSIDAD.	1020		
EXAMEN QUIMICO.			
ALBUMINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
GLUCOSA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
C.CETONICOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
P.BILIARES.	NEGATIVO	NEGATIVO	
NITRITOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
UROBILINÓGENO.	NORMAL	NEGATIVO	
EXAMEN MICROSCOPICO.			
LEUCOCITOS.	0CASIONALES /C		
PIOCITOS.	OCASIONALES /C		
HEMATIES.	NO HAY /C		
CÉLULAS	EPITELIALES. NO HAY /C		

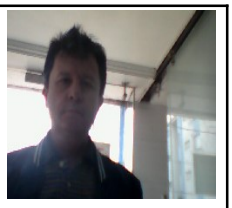
USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

BACTERIAS.	NO HAY
C. HIALINOS.	NO HAY /C
C.GRANULOSOS.	NO HAY /C
MOCO.	ESCASO
LEVADURA.	NO HAY
OXALATO DE CALCIO	NO HAY
OTROS CRISTALES	



LUZ MABEL GARCIA RODRIGUEZ - WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163

Profesional Firma y cédula del Paciente



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
Nit: 900532770-0

EXAMEN DE AUDIOMETRÍA

Fecha 16/11/2022 **Nombre** WILSON BRAVO HERNANDEZ **Identificación** 79450163

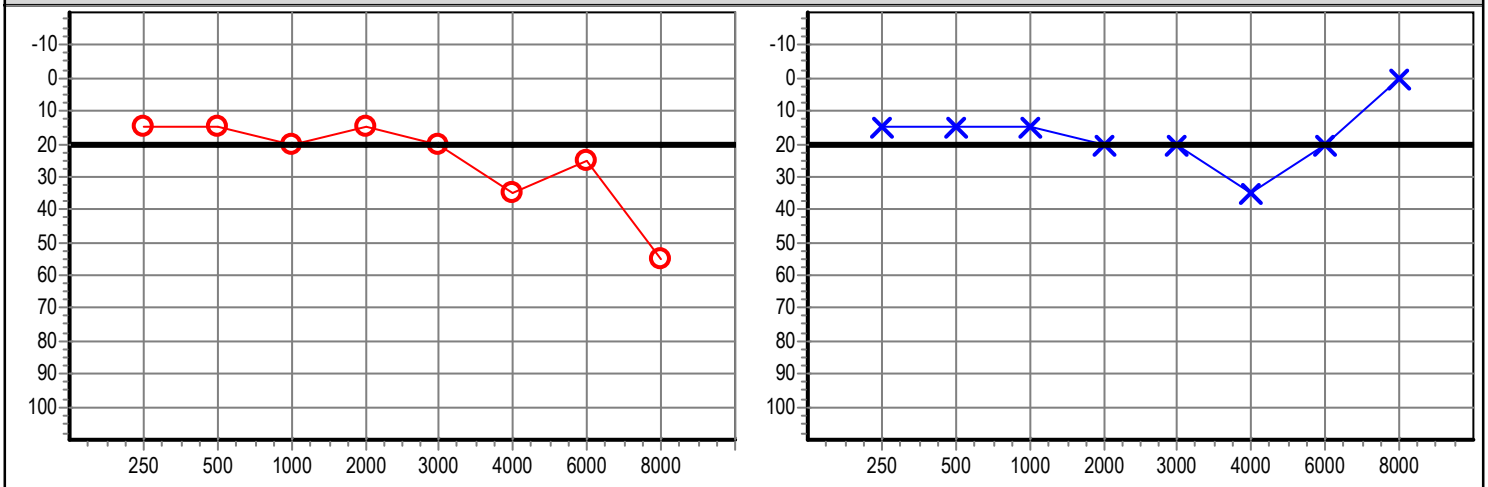
INFORMACIÓN PERSONAL

Edad 54 **Sexo** MASCULINO **Estado Civil** CASADO(A) **Fecha y Lugar de Nacimiento** 4/03/1968 BOGOTA D.C
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103 **Teléfono** **Profesión**
Escolaridad UNIVERSITARIO **Estudio** COMPLETA **E.P.S.** SANITAS S.A.

ANTECEDENTES

Nombre **Concepto** **Notas**

AUDIOGRAMA



OTOSCOPIA

Oído Derecho NORMAL **Oído Izquierdo** NORMAL

DIAGNÓSTICO

Impresión Diagnóstica OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 4000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 8000- OI: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 4000- PTA OIDO DERECHO 17.50 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 17.50 - Audición Normal

Recomendaciones 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO





NYDIA CONSTANZA PATIÑO FIGUEROA - **WILSON BRAVO HERNANDEZ** **79450163**
Firma Profesional Registro Firma Paciente Identificación

LABORATORIO CLÍNICO



Informe de Laboratorio: 77917

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: WILSON BRAVO HERNANDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 4/03/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: LABORATORIO CLINICO PARTICULAR
Identificación: 79450163
Teléfono **Móvil:** 3142240236
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA PRE-PRANDIAL - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:45.3720	100 mg/dl	VR: 70 - 100 mg/dl	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:25.8500			REALIZADO
HEMATOCRITO	47 %		
HEMOGLOBINA	15.6 Gr%		
LEUCOCITOS	6800 /mm		
V.S.G.	6 mm		
RECUENTO DIFERENCIAL.			
NEUTRÓFILOS	61 %		
LINFOCITOS	35 %		
EOSINOFILOS	2 %		
BASOFILOS			
CAYADOS.			
MONOCITOS	2 %		
RECUENTO DE PLAQUETAS	290.000 /mm	130.000 - 440.000 plaquetas por cc de sangre	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:52.4330	RAZON COLESTEROL/HDL:		SEGUIMIENTO
COLESTEROL TOTAL	198 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	51 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL	115 mg/dl	VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	170 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:36.0980			REALIZADO
EXAMEN FISICO.			
COLOR.	AMARILLA		
ASPECTO.	LIGERAMENTE TURBIO		
PH.	5.0		
DENSIDAD.	1020		
EXAMEN QUIMICO.			
ALBUMINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
GLUCOSA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
C.CETONICOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
P.BILIARES.	NEGATIVO	NEGATIVO	
NITRITOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
UROBILINÓGENO.	NORMAL	NEGATIVO	
EXAMEN MICROSCOPICO.			
LEUCOCITOS.	0CASIONALES /C		
PIOCITOS.	OCASIONALES /C		
HEMATIES.	NO HAY /C		
CÉLULAS	EPITELIALES. NO HAY /C		

BACTERIAS.	NO HAY
C. HIALINOS.	NO HAY /C
C.GRANULOSOS.	NO HAY /C
MOCO.	ESCASO
LEVADURA.	NO HAY
OXALATO DE CALCIO	NO HAY
OTROS CRISTALES	

Dra. Luz Mabel García R.
Bacterióloga Laboratorista Clínica
CM 41685987 - 11 M de Cund

LUZ MABEL GARCIA RODRIGUEZ -

Profesional

WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO DE OPTOMETRIA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 16/11/2022 BOGOTA D.C
Paciente: WILSON BRAVO HERNANDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 4/03/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79450163
Teléfono **Móvil:** 3142240236
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EVALUACIÓN

Formula Final OD

Formula Final OI

Distancia Pupilar

ADD

Recomendaciones DEBE USAR ANTEOJOS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.

Impresión Diagnóstica ASTIGMATISMO - PRESBICIA

Remisiones -ACTUALIZAR FÓRMULA DE ANTEOJOS EN USO

GLORIA ESPERANZA HINCAPIÉ RODRÍGUEZ 51646838
Profesional

WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163
Firma y cédula del Paciente

CONCEPTO PSICOTECNICO DE PERSONALDIAD 16PF-5

FECHA: 12 de febrero de 2023.

IDENTIFICACION DEL EVALUADO.

NOMBRE: WILSON BRAVO HERNANDEZ

CC. 79.450.163

ANALISIS DE LA INFORMACION Y OBSERVACIONES.

EVALUACION FACTORES DE PERSONALIDAD 16-PF.

En la evaluación de personalidad se identifica que en su área intelectual posee pensamiento de tipo concreto, con razonamiento algo elaborado, puede seguir instrucciones de complejidad baja o media, su estilo intelectual es algo practico, su estilo de pensamiento tiene a ser de pensamiento radical, en su área emocional no presenta ninguna tendencia de tipo neurótico, su perfil muestra salud mental, en su área social tiene algunos rasgos de líder, notoriamente introvertida, en su área de normas y valores tiende a ser recto, algo moralista, un poco persistente y juicioso, no sufre por faltas.

CONCEPTO: **No se encuentran rasgos que llamen la atención o que puedan generar dificultades para el cargo, sin observaciones adicionales.**

Atentamente;

Carlos Andrés Alarcon C.
Psicologo Esp. Seguridad
y salud En el trabajo
Licencia No. 1634 de 18/02/2022

CARLOS ANDRES ALARCON CELIS
PSICOLOGO ESP. MGSALUD

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 de febrero de 2024

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:

T.I.	**1023164991**	**Gabriel Mauricio Bravo Arévalo**	**HIJO**
C.C.	**1000709188**	**Nicolás David Bravo Arévalo**	**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: Wilson Bravo Hernández

C.C. 79450163 de Bogotá.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.023.164.991**

BRAVO AREVALO

APELLIDOS

GABRIEL MAURICIO

NOMBRES

Gabriel Mauricio Bravo

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
23-JUN-2008

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

23-JUN-2026 · O+ M

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

13-ABR-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00816599-M-1023164991-20160419 0049411795A 2 1273879400

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-2003**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

06-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01265695-M-1000709188-20211113 **0076373130A 1** **8502836874**

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS

NIT 830113458-6 / PBX: 5895377

Recibo No. 71201

"Este recibo no indica que usted haya aprobado el semestre en curso"

BANCO DAVIVIENDA

FECHA DE EXPEDICIÓN 3 de enero de 2024

NOMBRE	BRAVO ARÉVALO NICOLÁS DAVID	
DOC. IDENTIDAD	CC . 1000709188 Código del alumno: PP20221006	
PERIODO	20241	
PROGRAMA ACAD.	53630 - PSICOLOGÍA (UNICA)	
CONCEPTO	POLIZA ESTUDIANTIL PREGRADO.	$ 45,000.00 COP
CONCEPTO	MATRICULA PREGRADO PSICOLOGIA O.	$ 6,131,100.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Pago de Contado	$ 5,992,167.00 COP	27/12/2023
Pago Financiación	$ 6,176,100.00 COP	9/01/2024

SELLO DEL BANCO

ESTUDIANTE

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS

NIT 830113458-6 / PBX: 5895377

Recibo No. 71201

"Este recibo no indica que usted haya aprobado el semestre en curso"

BANCO DAVIVIENDA

FECHA DE EXPEDICIÓN 3 de enero de 2024

NOMBRE	BRAVO ARÉVALO NICOLÁS DAVID	
DOC. IDENTIDAD	CC . 1000709188 Código del alumno: PP20221006	
PERIODO	20241	
PROGRAMA ACAD.	53630 - PSICOLOGÍA (UNICA)	
CONCEPTO	POLIZA ESTUDIANTIL PREGRADO.	$ 45,000.00 COP
CONCEPTO	MATRICULA PREGRADO PSICOLOGIA O.	$ 6,131,100.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Pago de Contado	$ 5,992,167.00 COP	27/12/2023
Pago Financiación	$ 6,176,100.00 COP	9/01/2024

SELLO DEL BANCO

UNIVERSIDAD

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS

NIT 830113458-6 / PBX: 5895377

Recibo No. 71201

BANCO DAVIVIENDA

FECHA DE EXPEDICIÓN 3 de enero de 2024

NOMBRE	BRAVO ARÉVALO NICO...
DOC. IDENT.	CC . 1000709188
PERIODO	20241
PROGRAMA	53630 - PSICOLOGÍA...
CONCEPTO	POLIZA ESTUDIANTIL PRE.
CONCEPTO	MATRICULA PREGRADO PS.

CONC. DE PAGO	VALOR	FEC. LÍMITE
Pago de Contado	$ 5,992,167.00 COP	27/12/2023
Pago Financiación	$ 6,176,100.00 COP	9/01/2024

FORMA DE PAGO		VALOR
Efectivo		
Cheque	Cód. banco	
	cheque No.	
TOTAL		

Si paga con cheque de gerencia gírelo a nombre de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

"El semestre que cursará en el próximo periodo académico dependerá de los resultados académicos. Este recibo no indica que usted haya aprobado el semestre en curso"

Pago de Contado **$ 5,992,167.00 COP** **PAGUE HASTA** **27/12/2023**

(415)7709998005495(8020)001000709188700000712019(3900)0005992167(96)20231227

Pago Financiación **$ 6,176,100.00 COP** **PAGUE HASTA** **9/01/2024**

(415)7709998005495(8020)001000709188700000712019(3900)0006176100(96)20240109

BANCO

VIGILADA MINEDUCACIÓN