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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**60313-191225**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CIRO ANTONIO CALDERON RAMIREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.275.666	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ccialderonr@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24704336868
IP/Nº de contacto:	14758	**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 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	5834854/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**7024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ“N DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÃ“NOMA				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024**	**Al**	**30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.900.000
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 21.500.000
Valor Bruto Pago:			**$ 4.300.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 8.600.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.300.000	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	**$ 4.300.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.527.800**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1062740231**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.720.000	$ 1.720.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 215.000	$ 215.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 275.200	$ 275.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.000	$ 9.000
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		$ 430.000	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 15.492.229	$ 843.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.685.700		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.527.800,00	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 - BOGOTÁ	36.803,00	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	**$4.263.197,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Etapa Productiva Ficha 2428009

Etapa Productiva Ficha 2397650

Etapa Productiva Ficha 2423366

Clase Logistica Ficha 2643328

Clase Servicio al cliente Ficha 2862808

Clase Proyectar las necesidades Ficha 2862811

Clase Contabilidad Ficha 2862808

Curso Complementario Servicio al Cliente Ficha 2946118

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

CIRO ANTONIO CALDERON RAMIREZ
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,

ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
INSTRUCTOR

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

14/04/24 10:33:51 USUARIO: SIC - C.C. 79275666

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-04-04, 07:46:00 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2024
Empresa	CIRO ANTONIO CALDERON RAMIREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 79275666
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1062740231
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	556066982
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 499.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 275.200	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 215.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 9.000	$ 0
		SubTotales:		$ 499.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 499.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Comprobante

de pago en línea

SIMPLE OI

Pago realizado por: CIRO ANTONIO CALDERON RAMIREZ

Nro. de recibo: 1062740231

Descripción del pago: Pago de Seguridad Social

Identificación del contribuyente: 10.0.19.58

Concepto: CC

Razón Social: 79275666

Fecha y hora de la transacción: Jueves 4 de Abril de 2024 07:48:08 PM

Nro. de comprobante: 0000026271

Valor pagado: $ 499,200.00

Producto: *******6868

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de abril 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.	**1025529113**	**PAULA ANDREA CALDERON MAYORGA**	**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: _Ciro Antonio Calderon Ramirez____
C.C. _79275666_____

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

NUIP 1025529113

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40134578

40134578

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [57] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1064

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CALDERON	MAYORGA

Nombre(s): PAULA ANDREA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes MAR Día 07	FEMENINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DR. ADRIANA ANGULO RM.51764197	A 7144755

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MAYORGA CIFUENTES MARTHA FABIOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CERT.C.C.N.52.202.669.BOGOTA.D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CALDERON RAMIREZ CIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N.79.275.666.BOGOTA.D.E.	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CALDERON RAMIREZ CIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.N.79.275.666.BOGOTA.D.E.	79275666 Bta

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 que autoriza
Año 2006 Mes ABR Día 11	LIGIA [illegible] CABRERA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

APELLIDO "CALDERON" SI VALE

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 57 DE BOGOTA D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 57 DE BOGOTA D.C.

© FESA S.A. NIT. 800.321.151-0

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
PAULA	ANDREA	CALDERON	MAYORGA

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1025529113

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
ZONAMEDICA MR SAS	2022	4	27

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	91.67
Movilidad	45.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	77.50
Participación	75.00
GLOBAL	75.28

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b167.3 b840.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s810.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d310.4 d598.3

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
LUISA MARGARITA DAZA YANI	Medicina	CC-1065647040
KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	Fisioterapia	CC-52124756
IVONNE GONZALEZ LINARES	Fonoaudiología	CC-53105714

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *PAULA ANDREA CALDERON MAYORGA* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Acudiente: Martha Mayorga C.

Nombre y Firma: Martha Mayorga C. Documento: TI-1025529113

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de abril 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:

C.C.	**1000862370**	**ANA ESTEFANIA CALDERON MAYORGA**	**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: Ciro Antonio Calderon Ramirez
C.C. 79275666

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

NUIP A8H-0256035

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33207557

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 57 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1064

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CALDERON	MAYORGA

Nombre(s): ANA ESTEFANIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes 08 Día 09	FEMENINO	"A"	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DR.CLAUDIA PATRICIA RUEDA LUNA	RM.15-12086 A 4913924

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MAYORGA CIFUENTES MARTHA FABIOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N.52.202.669.BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CALDERON RAMIREZ CIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N.79.275.666.BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CALDERON RAMIREZ CIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.N.79.275.666.BOGOTA

Firma: C.C. 79'275.666 Bta

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 que autoriza
Año 2003 Mes 09 Día 03	LADYS BAUTE DE RODRIGUEZ Nombre y firma

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

NOTARIA 57
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1970 ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO ARTICULO 2 DECRETO 2180 DE 1989

VALIDO PARA: BOGOTA SE EXPIDE

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 57 BOGOTA D.C. LEONARDO RODRIGUEZ NOTARIO

NOTARIA 57 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. LEONARDO RODRIGUEZ NOTARIO

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANA	ESTEFANIA	CALDERON	MAYORGA

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1000862370

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
ZONAMEDICA MR SAS	2022	4	27

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	83.33
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	83.33
Participación	75.00
GLOBAL	81.94

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b710.3 b810.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s750.373 s810.378

3. Codigos Actividades y Participación

d310.4 d4501.3 d910.3

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
LUISA MARGARITA DAZA YANI	Medicina	CC-1065647040
KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	Fisioterapia	CC-52124756
IVONNE GONZALEZ LINARES	Fonoaudiología	CC-53105714

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *ANA ESTEFANIA CALDERON MAYORGA* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Acudiente:

Nombre y Firma Ana Calderon R. Documento: CC-1000862370

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez