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	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**68399-871109**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANDRES FELIPE LENIS ARANGO	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	94.517.937	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	alenisa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4392002851
IP/Nº de contacto:	0000	**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:	6454040/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**212824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS, CLAVES Y TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRAM

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**24/06/2024 Al 30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 14.333.333
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 14.333.333
Valor Bruto Pago:	**$ 1.433.333,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 12.900.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.433.333	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	**$ 1.433.333**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 689.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1063657744**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL V		$ -	$ 0
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		$ 143.333	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 230.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	689.500,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.062.833,00	
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	10.267,00	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	**$1.423.066,00**	

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación titulada en el técnico de Instalaciones Eléctricas.
2861026 Montar Sistemas de Puesta a Tierra de acuerdo con normativa
2876200 Montar instalaciones eléctricas internas de acuerdo con normativa.

Impartir formación complementaria a comunidad en general y convenios
3013837 Electricidad Básica
3014651 Electricidad Básica
3016783 Inglés Básico Nivel 1
3031693 Inglés Básico Nivel 1

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

ANDRES FELIPE LENIS ARANGO
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,

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

25/06/24 15:28:38 USUARIO: SIC - C.C. 94517937

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDRES FELIPE LENIS ARANGO identificado(a) con CC 94517937 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	02/10/2015
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO IPANEMA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 22 días del mes junio del 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE LENIS ARANGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **94.517.937**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Junio del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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, **ANDRES FELIPE LENIS ARANGO** identificado con **CC** No. **94517937**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 04/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 20/09/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

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): 202401016334807.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14888394229

(415)7707212489984(8020) 000001488839422 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 4 5 1 7 9 3 7	8	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	9 4 5 1 7 9 3 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LENIS	ARANGO	ANDRES	FELIPE

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: CALLE 2 NORTE 93 D 66 TO 15 AP 602

42. Correo electrónico: aflenis@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 5 8 5 5 1 0 5	

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 1 4 1 0 2 9	8 5 4 2	2 0 1 4 1 0 2 9		7 1 1 2	4 3 2 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	4 9																									

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 - 01 - 15 / 20 : 52: 20

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 LENIS ARANGO ANDRES FELIPE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE LENIS ARANGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94517937 realizó el día 25/06/2024 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 ANDRES FELIPE LENIS ARANGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94517937 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.

Andrés Lenis

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE LENIS ARANGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94517937 el día 25/06/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

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

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 / NIT: 18590065-3.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO	OCUPACIONAL PERIÓDICO	POST OCUPACIONAL O EGRES.
X		

BOGOTÁ DC. 10 DE FEBRERO DEL 2023. CONVENIO: SENA CARGO: INSTRUCTOR

TRABAJADOR: ANDRES FELIPE LENIS ARANGO/IDENTIFICACIÓN:94.517.937 / EDAD:44 AÑOS / SEXO: M

EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*

FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.* SERVICIO: CONSULTA OCUPACIONAL

SEDE 1 / ORDEN:1027/005505

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL			HEMOCLASIFICACION		O+
2. CUADRO HEMATICO				NORMAL			PSICOTEST DE ALTURA		NORMAL
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				AV DL Y DC 20/20 AO			PRUEBAS NEUROLOGICAS		NORMAL
4. GLICEMIA				NORMAL			OSTEOMUSCULAR		NORMAL
5. P. LIPIDICO COLEST- T Y F / TRIGL				NORMAL			ELECTROCARDIOGRAMA		NORMAL
6.V/F	F/C	81 L/M	PESO	104 Kg	ESTATURA	1.72 CM	T/A	120/80 mmHg	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS SIN RESTRICCIONES	X
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de la información, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 94SA937	HUELLA INDICE DERECHO

Dr. José E. Olivera M. MÉDICO GENERAL Y OCUPACIONAL RMP.88099

Centro Médico de Especialistas
Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya.
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 NIT 18590065-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:

Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 19 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
Fc: 81 x min. TA: 120/80 mmHg.

Abdomen: Plano, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración no visceromegalia.

(SOMA): SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias.
Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada.
Maniobra de tinel y phanel negativa.

Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual 20/20.

SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

- ✓ Rombert - Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

Impresión Diagnostica: Paciente sano.
NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO — SI (X) — NO ( )
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS — SI (X) — NO ( )

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR cc: 9454987.	HUELLA INDICE DERECHO

Dr. José E. Olivera M. MEDICO GENERAL Y OCUPACIONAL RMP.88099

Centro Médico De Especialistas
Independientes "Medical Center"
Salud social C.S/Olaya
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: -3045491872 NIT: 18590065-3

Sede/Orden:857/00003002370156 Fecha:10/02/2023 Convenio: PARTICULAR
Paciente: ANDRES FELIPE LENIS ARANGO Identificación:94.517.937 Edad:44 Años Sexo: M
MEDICO: JOSE OLIVERA MESA.
MEDICINA GENARAL Y OCUPACIONAL

Dr. Jose E. Olivera M. MÉDICO GENERAL Y OCUPACIONAL RMP.88099

FICHA DE EVALUACION AUDIOMETRICA.

ANTECEDENTES AUDITIVOS	SI	NO
OTITIS		X
OTORREA		X
OTALGIA		X
CIRUGIAS		X
TRAUMAS		X

OTOSCOPIA

O.D	NORMAL	ALTERADO	O.I	NORMAL	ALTERADO
Pabellón auricular	X		Pabellón auricular	X	
Conducto auditivo	X		Conducto auditivo	X	
Membrana timpánica	X		Membrana timpánica	X	

AUDIOMETRIA: VIA OSEA

dB/Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								

OI: -------- OD:-------

DIAGNOSTICO:

Observaciones: ESTUDIO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. VALORACION ANUAL.
Diagnóstico: NORMAL.
Recomendaciones: APTO PARA VIVIR EN COMUNIDAD / ESTUDIOS.

Dra. Ximena Serrano
FONOAUDIÓLOGA
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 1436 09-02-2010

Centro Médico de Especialistas
Independientes "**Medical Center**"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya.
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA / Teléf.Central:3045491872 / NIT: 18590065-3

Sede/Orden:857/00003002370156 Fecha:10/02/2023 Convenio: PARTICULAR
Paciente: ANDRES FELIPE LENIS ARANGO Identificación:94.517.937 Edad:44 Años Sexo: M
MEDICO: JOSE OLIVERA MESA.
MEDICINA GENARAL Y OCUPACIONAL

Dr. José E. Olivera M. MÉDICO GENERAL Y OCUPACIONAL RMP.88099

INFORME DE OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA.

ANTECEDENTES:NORMAL.

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

MOTILIDAD: NORMAL

- ***ANEXOS***:PÁRPADOS Y VÍA LAGRIMAL NORMAL
- FONDO DE OJO NORMAL
- **MOVIMIENTOS OCULARES**: NORMAL, DUCCIONES Y VERSIONES NORMAL
- ***BIOMICROSCOPIA***: Ambos ojos- Cornea transparente, cámara interior formada, pupila redonda reactiva, cristalino transparente.

OBSERVACIONES: NORMAL / APTO PARA EL ESTUDIO.

CONDUCTA: CONTROL EN 1 AÑO.

Dra. Diana Cortes Rodríguez OPTOMETRA TP. 1023891664 – RM 2868

DRA. DIANA CATALINA CORTES R.
OPTOMETRA-U. LA SALLE
Reg. CINPO 2868
TP. 1023891664

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA

Laboratorio: Clínico - Microbiológico.

Sede:/Orden:1027/00003002370172 **Fecha:** 10/02/2023. **Convenio:** SENA
Paciente: ANDRES FELIPE LENIS ARANGO **Identificación:**94.517.937 **Edad:**44 Años
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA

RESULTADOS:

GLCEMIA BASAL	**90 mg/dl**	65 - 99 mg / dl
GLICEMIA POST PRANDIAL	**83 mg/dl**	
COLESTEROL TOTAL	**194 mg/dl**	Hasta 200 mg /dl
HDL	**33 mg/%**	30 - 65 mg/%
LDL	**121 mg/%**	Hasta 140 mg
TRIGLICERIDOS	**127 mg/dl**	Hasta 150 mg/dl
BUN	**21 mg/dl**	Hasta 24 mg/dl
CREATININA	**0.9 mg/dl**	Hombres 0,7 - 1,2 mg /dl Mujeres 0,5 - 0,9 mg / dl

Michelle Vanessa Leguizamon
Bacteriologa
RM 52684507

APSCRIN
Asesoría Psicológica
Clínica - Jurídica - Forense

Fecha: 10/02/2023 01:31;01 Pm

NOMBRE: ANDRES FELIPE LENIS ARANGO
CC : 94.517.937

EVALUACIÓN PSICOSENSOMETRICA

TEST DE PUNTEADO

Aciertos 42 Errores 7	Tiempo total 29"	Permanencia en aciertos 5.27"	intentos; 1	

OBSERVACIONES

Errores 3	Tiempo total 47.12"	Permanencia en errores 03.54"	intentos; 1

TEST DE REACCION

Mejor tiempo 03.35"	Promedio 0.431	Anticipaciones 0	Intentos; 10

Intentos 1	Intento 2	Intento 3	Intento 4	Intento 5	Intento 6	Intento 7	Intento 8	Intento 9	Intento 100,483
0.436	0.418	0.389	0.406	0.354	0.430	0.399	0.430	0.588	

TEST DE VISIÓN

PRUEBAS	PROBADO	REPROBADO	NO EVALUADO	DETALLE DE EVALUACIÓN	CONCLUSIÓN
DISCRIMINACIÓN DE COLORES	X			RECONOCE 100% DE LOS COLORES	DENTRO DE LO NORMAL
AGUDEZA VISUAL	X			100% LINEA 7	DENTRO DE LO NORMAL
ESTEREOMETRIA			X		
FORIA HORITAL	X			NUMERO 10	DENTRO DE LO NORMAL
FORIA VERTICAL	X			LETRA B	DENTRO DE LO NORMAL
VISIÓN NOCTURNA	X				DENTRO DE LO NORMAL
RECUPERACION DEL ENCANDILAMIENTO			X		
CAMPIMETRIA	X			85.0i.n.d.n.i	DENTRO DE LO NRMAL

Oído izqui.	Ambos oídos	Oído der.	Frecuencia	
20 db	20 db	20 db	500hz	
20 db	20 db	20 db	1000hz	
20 db	20 db	20 db	2000hz	
20 db	20 db	20 db	3000hz	
0 db	20 db	20 db	4000hz	Resultado Final APROBADO

ROCIO ALVAREZ ROMERO
PSICOLOGA
Universidad Católica de Colombia
TP 139092 COLSUBSIDIO

Rocio Álvarez Romero
Psicólogo
RN 139092

Cel: 3045491872
Sede Norte: Galerías Cr. 27 A No. 58 A 30 Oficina 105 A Tel: 4821270
apscrin@hotmail.com

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	2024-06-04, 03:46:05 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2024
Empresa	ANDRES FELIPE LENIS ARANGO
CEDULA CIUDADANIA	CC 94517937
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1063657744
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	682306254
Banco	(1019) - SCOTIABANK COLPATRIA
Valor	$ 490.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 275.200	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 215.000	$ 0

SubTotales:	$ 490.200	$ 0
Total a Pagar:		$ 490.200

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!

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 24 de Junio del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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

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

TI	**1027537115**	**EMMA LUCIA LENIS RODRIGUEZ**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

Andrés Lenis

ANDRES FELIPE LENIS ARANGO
C.C. 94517937

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

55763116

55763116

NUIP 1027537115

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	58	☐	☐	☐	A 9 H

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

**********COLOMBIA *** CUNDINAMARCA *** BOGOTA D.C.**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LENIS**********	RODRIGUEZ**********

Nombre(s)

EMMA LUCÍA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes MAR Día 23	FEMENINO	A	POSITIVO

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

**********COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	13266741-2*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ CARDENAS IVONNE ROCIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52906164 DE BOGOTÁ**********	COLOMBIANA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LENIS ARANGO ANDRES FELIPE**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 94517937 DE CALI**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LENIS ARANGO ANDRES FELIPE**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 94517937 DE CALI**********	

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)

****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes ABR Día 01	JULIO CESAR MARTINEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
LENIS ARANGO ANDRES FELIPE Firma	JULIO CESAR MARTINEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 140 F 141

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA Notaría 58 Del Círculo de Bogotá D.C. JULIO CESAR MARTÍNEZ Notario

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.457-4 PBX (1) 430 2100