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	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**34364-407893**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.759.982	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jfperezr@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20775952895
IP/Nº de contacto:	15765	**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**	SI

¿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:	6776042/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**243224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	NSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ“N DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACIÃ“N .

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**20/09/2024**	**Al**	**30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.613.333
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 12.613.333
Valor Bruto Pago:			**$ 2.150.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.463.333

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.150.000	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	**$ 2.150.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.067.700**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**79911066**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.067.700,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.779.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL V		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	17.190,00	0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ 2.130.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 215.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 0			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$2.132.810,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en las fichas: 2697446, 2885701 y 3025552 TGPPM.

Impartir formación profesional integral en las fichas: 2998157 TÉCNICO EN CARPINTERÍA

Impartir formación profesional integral en las fichas: 3034665, 3038810 y 3038821 Modelado asistido por computador

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

JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ
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,

EDGAR ELIAS PARRA RUBIO
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

22/09/24 12:13:51 USUARIO: SIC - C.C. 79759982

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que John Fredy Perez Rodriguez, identificado(a) con CC número 79759982, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79759982
NOMBRES Y APELLIDOS	John Fredy Perez Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	17/01/1978
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	04/10/2003
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	814 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	16/07/2014
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 79759982 JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ Desde 01/02/2024 - Vigente N.I.T. 860078430 CORPORACIONEDUC TALLER 5 CENTRO DISEÑO Desde 22/08/2023 Hasta 01/07/2024CEDULA DE CIUDADANIA 79759982 JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ Desde 01/08/2022 Hasta 31/12/2023

Generado por interfaces 05/09/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79759982	JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ	CALLE 6 SUR # 24-180 T1 A503	3213841399	kiko.fredy@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MADRID		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	02/09/2024	79911066	$499.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	215.000	0		0		0	0	0	0	215.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	275.200	0	0	0	0	0	0		275.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.000				9.000	0	0	9.000			90	9.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	215.000	215.000
Pensión	1	275.200	275.200
Riesgos Laborales	1	9.000	9.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	499.200	499.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79759982	JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ		CALLE 6 SUR # 24-180 T1 A503	3213841399	kiko.fredy@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	02/09/2024	79911066	$499.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79759982	PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY	59	0			N																	230201	1.720.000	275.200	0	0	0	0	EPS005	1.720.000	215.000	14-23	1.720.000	1	9.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY** identificado(a) con **CC** número **79.759.982** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de septiembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024090511195

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, **JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **79759982**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 18/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 16/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **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): 202401019635678.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de septiembre 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 14975624791

(415)7707212489984(8020) 000001497562479 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 7 5 9 9 8 2	3	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 7 5 9 9 8 2	

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
PEREZ	RODRIGUEZ	JOHN	FREDY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Madrid 4 3 0

41. Dirección principal: CL 6 SUR 24 180 TO 1 AP 503

42. Correo electrónico: fredyhtml5@gmail.com

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

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 6 0 8 0 5	8 5 4 1	2 0 1 6 0 8 0 5		7 4 1 0	6 2 0 1	3 4 7 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	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 2024 - 01 - 26 / 08 : 46: 52

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 PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79759982 realizó el día 22/09/2024 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 JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79759982 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.

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) JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79759982 el día 22/09/2024 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

CRC DE COLOMBIA 2 SAS
18-CEP-018 del 08/04/2019

CERTIFICADO
NO. 2024-001413

NTC ISO IEC 17024:2013
18-CEP-018

Informe de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 52638 | **RUNT No:** 34895292 | **Fecha de Expedición:** 10/02/2024 | **Fecha de Vencimiento:** 08/08/2024 | **Trámite:** Primera Vez | **Categoría:** A2

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES DE COLOMBIA 2 SAS
Dirección: cll 19 b sur #16-43 - BOGOTÁ
NIT: 9010070761 | **Teléfono:** 7043239
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110013146001 25 de Julio de 2018
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0002348 del 18 de Junio de 2019

Huellas del aspirante

Izquierda | Derecha



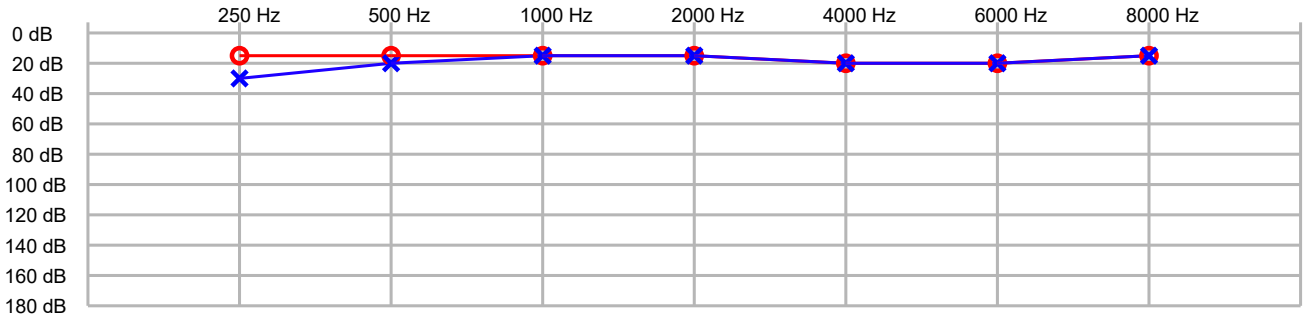
Información del candidato

Nombre: JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ
Sexo: M
Gs/Rh: O+
Edad: 46 años
Fecha de nacimiento: 17/01/1978
Documento: CC 79759982
Lugar de residencia: BOGOTÁ
Dirección: CLL 6 SUR #24 180
Teléfono: 0
Ocupación: Medicina/Salud
Estado Civil: Casado(a)
Aseguradora: Otra
Tipo Vinculación: Cotizante

Información del responsable

Nombre: 0
Teléfono: 0
Parentesco: HIJO

Evaluación de Capacidad Auditiva



	Nivel de audición (dB)							Resultado final	
Dispositivo: AMPLIVOX	**250hz**	**500hz**	**1000hz**	**2000hz**	**4000hz**	**6000hz**	**8000hz**	**PTA**	**HFA**
Oído derecho (O rojo)	15	15	15	15	20	20	15	15,00	18,33
Oído izquierdo (X azul)	30	20	15	15	20	20	15	16,67	18,33

Criterios de aprobación	Escucha normal	Hipoacusia leve	Hipoacusia moderada	Hipoacusia severa	Hipoacusia grave	Hipoacusia profunda
Nivel de audición	>=0dB a <=25dB	>=26dB a <=40dB	>=41dB a <=55dB	>=56dB a <=70dB	>=71dB a <=90dB	>90dB

Otoscopia izquierda	Otoscopia derecha	Uso de audífonos
Normal	Normal	NO

Anamnesis

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
2.1 Agudeza auditiva	¿Presentó la evaluación con audífono?	NO	
	¿Orientación auditiva del aspirante es del lado derecho?	NO	
	¿Ha presentado parálisis facial?	NO	
	¿En su lugar de trabajo está expuesto al ruido?	NO	

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
	¿Se ha realizado audiometrías anteriormente?	NO	
	¿Ha presentado otitis, cefalea, vértigo, acúfenos o supuración?	NO	
	¿Tiene padres o hermanos sordos?	NO	
	¿Ha estado expuesto a explosiones?	NO	
	¿Ha tenido trauma directo al oído?	NO	
	¿Le han realizado cirugía de oído?	NO	
	¿De acuerdo con la orientación auditiva, cumple con los criterios definidos en la resolución?	SI	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: Candidato apto, cumple con los requisitos exigidos en el anexo 1 de la resolución 0217 del 2014.

Firma y Huella del Fonoaudiólogo



Firma Huella

Fonoaudiólogo:
LADY TATIANA DIAZ LOPEZ

N° de tarjeta profesional:
1019025713

Evaluación de Capacidad Visual

Dispositivo: KEYSTONE VIEW 1160

No presentó evaluación con Corrección Óptica

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.1 Agudeza Visual	Lejana Ojo Derecho	>= 20/30.0	20/25.0	CUMPLE
	Lejana Ojo Izquierdo	>= 20/30.0	20/25.0	CUMPLE
	Lejana Ambos Ojos	>= 20/30.0	20/25.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Derecho	>= 20/50.0	20/20.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Izquierdo	>= 20/50.0	20/20.0	CUMPLE
	Cercano Ambos Ojos	>= 20/50.0	20/20.0	CUMPLE
	Cirugías refractivas	No se admite Cirugía Refractiva	No presenta cirugía refractiva	CUMPLE
1.2 Campo Visual	Campimetro IZ Plano Horizontal	>= 60 º	85	CUMPLE
	Campimetro DE Plano Horizontal	>= 60 º	85	CUMPLE
	Perimetro IZ Plano Vertical	>= 35 º	70	CUMPLE
	Perimetro DE Plano Vertical	>= 35 º	70	CUMPLE
	Escotomas	No se admite presencia de escotomas	No existe presencia de escotomas	CUMPLE
1.3 Afaquias y Pseudofaquias	Monolateralidades y Bilateralidades	No se admiten monolateralidades ni bilateralidades	No presenta monolateralidades ni bilateralidades	CUMPLE
1.4 Sentido Luminoso	Visión Mesópica	No se admiten alteraciones en la visión mesópica	No presenta alteraciones en la visión mesópica	CUMPLE
	Visión Nocturna Binocular	>= 20/30.0	20/25.0	CUMPLE
	Sensibilidad al Contraste	<= 50 % - Normal	10	CUMPLE
	Encandilamiento o Estrés Luminoso	Recuperación <= 5 s	1	CUMPLE
	Recuperación al Encandilamiento	<= 3 Lineas AV	2	CUMPLE
1.5 Motilidad Palpebral	Ptosis y Lagoftalmias	No se admiten Ptosis ni lagoftalmias	No presenta Ptosis ni algoftalmias	CUMPLE
1.6 Motilidad del Globo Ocular	Phoria Horizontal Lejana	>=1.5 y <= 6.5	4.5	CUMPLE
	Phoria Vertical Lejana	>=3.5 y <= 5.5	5.0	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
	Phoria Horizontal Cercana	>=1.5 y <= 6.5	4.5	CUMPLE
	Phoria Vertical Cercana	>= 3.5 y <= 5.5	4.5	CUMPLE
	Diplopías	No debe presentar diplopías	No presenta diplopías	CUMPLE
	Nistagmus	No debe presentar Nistagmus	No presenta Nistagmus	CUMPLE
	Estrabismos	No deben existir Estrabismos	No existe Estrabismos	CUMPLE
	Visión de Profundidad Lejana	<= 75 Seg de Arco 60 %	32 Seg. de arco 85%	CUMPLE
	Visión de Profundidad Cercana	<= 75 Seg de Arco 60 %	32 Seg. de arco 85%	CUMPLE
	Otros Defectos	No deben existir otros defectos	No existen otros defectos	CUMPLE
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	Enfermedades Progresivas	No debe presentar enfermedades progresivas	No presenta enfermedades progresivas	CUMPLE
	Disciminación de Colores Binocular	>= 4	6	CUMPLE

Anamnesis

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
1.1 Agudeza Visual	¿Presenta la evaluación con Corrección Óptica?	NO	
	¿El paciente presenta ausencia de un ojo?	NO	
	¿Le han realizado cirugías refractivas diferente a afaquias?	NO	
1.2 Campo Visual	¿El aspirante presenta Escotomas?	NO	
1.3 Afaquias y Pseudofaquias	¿El aspirante presenta Afaquias o Pseudoafaquias que afecten su visión?	NO	
1.4 Sentido Luminoso	¿El aspirante presenta alteraciones de la visión mesópica?	NO	
1.5 Motilidad Palpebral	¿El aspirante presenta lagoftalmías o ptosis que afecten su visión?	NO	
1.6 Motilidad del Globo Ocular	¿Anatomía del Globo Ocular Anormal?	NO	
	¿El aspirante presenta fatiga visual?	NO	
	¿El aspirante presenta diplopía?	NO	
	¿El aspirante presenta nistagmus que le impide alcanzar los niveles de capacidad visual?	NO	
	¿El aspirante presenta nistagmus que origine o pueda originar fatiga visual durante la conducción?	NO	
	¿El aspirante presenta otros defectos de la visión binocular?	NO	
	¿El aspirante presenta estrabismos?	NO	
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	¿El aspirante presenta enfermedades o trastornos progresivos que no le permiten alcanzar los niveles fijados?	NO	
	¿El aspirante presenta policromacía Anormal?	NO	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 5228 del 2016.

Firma y Huella del Optómetra



Firma Huella

Optómetra:
ANGELA PAOLA ZEA POVEDA

N° de tarjeta profesional:
3799

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo: Carga manual

Numeral	Prueba del Equipo	Parámetro	Criterio de Aprobación	Resultado	Concepto
12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz	Atención Concentrada y Resistencia a la Monotonía	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 0.69 s	0.32-CUMPLE	CUMPLE
		Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 0.69 s	0.21-CUMPLE	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 5 Errores	0-CUMPLE	CUMPLE
12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado	Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 1.14 s	0.56-CUMPLE	CUMPLE
		Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 1.14 s	0.54-CUMPLE	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 7 Errores	0-CUMPLE	CUMPLE
12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz	Coordinación Bimanual	Tiempo total del error	<= 4.83 s	4.21-CUMPLE	CUMPLE
		Porcentaje de Error sobre el Recorrido	<= 6 %	0-CUMPLE	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 15 Errores	0-CUMPLE	CUMPLE
12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado	Reacción al Frenado	Tiempo Medio de Reacción al Frenado	<= 0.75 s	0.72-CUMPLE	CUMPLE
12.1 Estimación del Movimiento	Velocidad de Anticipación	Tiempo Medio de Desviación (Vel 1.)	<= 0.36 s	0.21-CUMPLE	CUMPLE
		Tiempo Medio de Desviación (Vel 2.)	<= 0.36 s	0.21-CUMPLE	CUMPLE
12.4 Inteligencia Práctica	Inteligencia Práctica	Inteligencia Práctica	No se admite capacidad de organización espacial inadecuada para la conducción	Presenta capacidad de organización espacial adecuada para la conducción.	CUMPLE

Test de personalidad y Sustancias

	Criterio de aprobación	Resultado	
Numeral	Percentil de rechazo	Percentil	Concepto
10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicótico	p>75	38	CUMPLE
10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica	p>85	65	CUMPLE
10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	p>88	75	CUMPLE
10.4 Trastornos del estado de ánimo	p>75	60	CUMPLE
10.5 Trastornos disociativos	p>75	20	CUMPLE
10.6 Trastornos del Sueño	p>=75	20	CUMPLE
10.7 Trastornos del control de impulsos	p>=75	20	CUMPLE
10.8 Trastornos de personalidad	p>79	67	CUMPLE
10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador	p>75	52	CUMPLE
11.1 Abuso de alcohol	p>75	30	CUMPLE
11.2 Dependiencia del alcohol	p>75	30	CUMPLE

		Criterio de aprobación	Resultado	
Numeral		**Percentil de rechazo**	**Percentil**	**Concepto**
11.3 Trastornos inducidos por el alcohol		p>75	30	CUMPLE
11.4 Consumo habitual de drogas y medicamentos		p>75	40	CUMPLE
11.5 Abuso de drogas y medicamentos		p>75	40	CUMPLE
11.6 Dependencia de drogas y medicamentos		p>75	40	CUMPLE
11.7 Trastornos inducidos por drogas o medicamentos		p>75	40	CUMPLE
10.9 Trastornos del desarrollo intelectual	No debe existir retraso mental con cociente intelectual inferior a 70. En los casos de retraso mental con cociente intelectual entre 50 y 70 se podrá obtener o prorrogar si el interesado acompaña un dictamen favorable de un psiquiatra o psicólogo.		102	CUMPLE

10.11. Otros trastornos mentales no incluidos en apartados anteriores

Parámetro	Observaciones
Está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental.	SI.
Aunque la persona tiene un trastorno mental, este no está relacionado con el problema	NO.
La persona tiene trastorno mental que está relacionado con el problema, pero el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica	NO.

Observaciones de Test De Psicología:
El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 5228 del 2016.

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 5228 del 2016.

Firma y Huella del Psicólogo



Firma



Huella

Psicólogo:
FERNANDO GOMEZ CUESTA

N° de tarjeta profesional:
107382

Evaluación Médica

Presión arterial (mmHg)	Frecuencia cardíaca (lat/min)	Estatura (cm)	Frecuencia respiratoria (resp/min)	Peso (kg)
120/80	76	178	15	81

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
3. Sistema locomotor	3.1 Motilidad	NO DEBE EXISTIR ALTERACIÓN	NO EXISTE ALTERACIÓN	CUMPLE
	3.2 Afecciones o anomalías progresivas	NO DEBEN EXISTIR AFECCIONES O ANOMALÍAS	NO EXISTE AFECCIONES O ANOMALÍAS	CUMPLE
	3.3 Talla	NO SE ADMITEN TALLAS QUE ORIGINEN UNA POSICIÓN INCOMPATIBLE CON EL MANEJO	NO PRESENTA TALLAS QUE ORIGINAN UNA POSICIÓN INCOMPATIBLE CON EL MANEJO	CUMPLE
4. Sistema cardiovascular	4.1 Insuficiencia cardíaca	NO DEBE EXISTIR NINGUNA ALTERACIÓN	NO EXISTE ALTERACIÓN CARDÍACA	CUMPLE
	4.2 Trastornos del ritmo	NO DEBE EXISTIR ARRITMIA, ALTERACIONES DE RITMO	NO EXISTE ARRITMIA Y/O ALTERACIONES DEL RITMO	CUMPLE
	4.3 Marcapasos y desfibrilador automático implantable	NO DEBE EXISTIR UTILIZACIÓN DE MARCAPASOS NI DESFIBRILADOR	NO EXISTE USO DE MARCAPASOS NI DESFIBRILADOR	CUMPLE
	4.4 Prótesis valvulares cardíacas	NO DEBE EXISTIR UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS VALVULARES	NO EXISTE USO PRÓTESIS VALVULARES	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
	4.5 Cardiopatía isquémica	NO DEBE EXISTIR INFARTOS, CIRUGÍAS DE REVASCULARIZACIÓN, CARDIOPATÍAS	NO EXISTE ANTECEDENTE DE INFARTOS, CIRUGÍAS REVASCULARIZACIÓN, NI CARDIOPATÍAS	CUMPLE
	4.6 Hipertensión arterial	NO DEBE EXISTIR VALORES DESCOMPENSADOS	NO EXISTEN VALORES DESCOMPENSADOS	CUMPLE
	4.7 Aneurismas de grandes vasos	NO DEBE EXISTIR ANEURISMAS	NO EXISTEN ANEURISMAS	CUMPLE
	4.8 Artropatías periféricas	NO DEBEN EXISTIR ARTROPATÍAS	NO EXISTEN ARTROPATÍAS	CUMPLE
5. Trastornos hematológicos	5.1 Procesos oncohematológicos			CUMPLE
	5.1.1 Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico	NO SE ADMITEN PROCESOS A TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS	NO PRESENTA PROCESOS QUIMIOTERÁPICOS	CUMPLE
	5.1.2 Policitemia vera	NO SE ADMITE POLICITEMIA VERA	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE POLICITEMIA VERA	CUMPLE
	5.1.3 Otros trastornos	NO SE ADMITEN OTROS TIPOS DE TRASTORNOS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE OTROS TIPOS DE TRASTORNOS	CUMPLE
	5.2 Trastornos no oncohematológicos			CUMPLE
	5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias	NO SE ADMITEN ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS	CUMPLE
	5.2.2 Trastornos de coagulación	NO SE ADMITEN TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	NO PRESENTA TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	CUMPLE
	5.2.3 Tratamiento anticoagulante	NO SE ADMITEN TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES	NO PRESENTA TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES	CUMPLE
6. Sistema renal	6.1 Neuropatías	NO SE PERMITEN NEUROPATÍAS	NO PRESENTA NEUROPATÍAS	CUMPLE
	6.2 Trasplante renal	NO SE ADMITE TRASPLANTE RENAL	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASPLANTE RENAL	CUMPLE
7. Sistema respiratorio	7.1 Disneas	NO DEBEN EXISTIR DISNEAS	NO EXISTEN ANTECEDENTES DE DISNEAS	CUMPLE
	7.2 Trastornos del sueño	NO SE PERMITEN TRASTORNOS DEL SUEÑO	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASTORNOS DEL SUEÑO	CUMPLE
	7.3 Otras afecciones	NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS PULMONARES	NO EXISTEN TRASTORNOS PULMONARES	CUMPLE
8. Enfermedades metabólicas y endocrinas	8.1 Diabetes mellitus	NO DEBE EXISTIR DIABETES MELLITUS	NO EXISTE ANTECEDENTES DIABETES MELLITUS	CUMPLE
	8.2 Cuadros de hipoglucemia	NO DEBEN EXISTIR CUADROS DE HIPOGLUCEMIA	NO EXISTE CUADROS DE HIPOGLUCEMIA	CUMPLE
	8.3 Enfermedades tiroideas	NO DEBE EXISTIR HIPOTIROIDISMOS	NO EXISTE ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO	CUMPLE
	8.4 Enfermedades paratiroideas	NO DEBEN EXISTIR ENFERMEDADES PARATIROIDEAS	NO EXISTE ENFERMEDADES PARATIROIDEAS	CUMPLE
	8.5 Enfermadas adrenales	NO SE PERMITE LA ENFERMEDAD ADRENAL	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ADRENALES	CUMPLE
9. Sistema nervioso y muscular	9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico	NO DEBEN EXISTIR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	NO EXISTE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	CUMPLE
	9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías	NO SE PERMITEN CRISIS EPILÉPTICAS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CRISIS EPILÉPTICAS	CUMPLE
	9.3 Alteraciones del equilibrio	NO DEBEN EXISTIR ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO	NO EXISTE ALTERACIÓN	CUMPLE
	9.4 Trastornos musculares	NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS MUSCULARES	NO EXISTEN TRASTORNOS MUSCULARES	CUMPLE
	9.5 Accidente isquémico transitorio	NO SE ADMITE LA PRESENCIA DE ATAQUES ISQUÉMICOS	NO PRESENTA ATAQUES ISQUÉMICOS	CUMPLE
	9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	NO DEBEN EXISTIR ACCIDENTES ISQUÉMICOS RECURRENTES	NO EXISTEN ACCIDENTES ISQUIÉMICOS	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
13. Otras causas que no se especificaron	13.1 Otras causas no especificadas	NO DEBE PADECER ALGUNA OTRA ENFERMEDAD	NO PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD	CUMPLE

Anamnesis

Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
3. Sistema Locomotor	3.1 Motilidad	¿Existe alguna alteración congénita o adquirida, progresiva, que limite su movilidad?	NO	
	3.2 Afecciones o anomalías Progresivas	¿El aspirante presenta afecciones o anomalías progresivas?	NO	
	3.3 Talla	¿Es su talla, inconveniente para la conducción?	NO	
4. Sistema Cardiovascular	4.1 Insuficiencia Cardíaca	¿Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardiaca o cardiopatía?	NO	
	4.2 Trastornos del Ritmo	¿Sufre de alteraciones del ritmo cardiaco?	NO	
		¿El aspirante presenta antecedentes de pérdida de atención, isquemia cerebral o síncope secundario al trastorno del ritmo durante los 2 últimos años?	NO	
	4.3 Marcapasos y Desfibrilador automático implantable	¿Tiene marcapasos ó desfibrilador automático?	NO	
	4.4 Prótesis valvulares cardíacas	¿Tiene prótesis valvulares?	NO	
	4.5 Cardiopatía Isquémica	¿Alguna vez ha presentado un infarto agudo del miocardio y/o angina inestable?	NO	
		¿Ha sido sometido a cirugía de revascularización?	NO	
	4.6 Hipertensión arterial	¿Ha sido diagnosticado como hipertenso o en riesgo de presentar la enfermedad?	NO	
	4.7 Aneurismas de grandes vasos	¿Le han diagnosticado aneurismas?	NO	
	4.8 Artropatías periféricas	¿Sufre de enfermedades vasculares periféricas?	NO	
5. Trastornos Hematológicos	5.1 Procesos Oncohematológicos		NO	
	5.1.1 Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico	¿Ha sido sometido a quimioterapia o radioterapia?	NO	
	5.1.2 Policitemia Vera	¿Sufre de policitemia vera, o presenta síntomas como hemorragias o hematomas, es decir, “moretones” en la piel, picor en la piel por cambios bruscos de temperatura, Entumecimiento u hormigueos en las manos o pies.?	NO	
	5.1.3 Otros trastornos	¿Ha sufrido algún trastorno hematooncológico distinto a los indagados anteriormente?	NO	
	5.2 Trastornos no Oncohematológicos		NO	
	5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias	¿Sufre de enfermedades como anemias, trombocitopenia o leucopenia?	NO	
	5.2.2 Trastornos de coagulación	¿Tiene transtornos de la coagulación?	NO	
	5.2.3 Tratamiento anticoagulante	¿El aspirante ha producido descompensaciones en el último año que hubieran requerido de transfusión de plasma?	NO	
6. Sistema Renal	6.1 Neuropatías	¿Se le ha diagnosticado nefropatía?	NO	
		¿Sufre de edema de miembros inferiores?	NO	
	6.2 Trasplante renal	¿Ha sido sometido o está en lista de espera para un transplante renal?	NO	
		¿Sufre de insuficiencia renal?	NO	
7. Sistema Respiratorio	7.1 Disneas	¿Sufre de dificultad respiratoria en reposo o cuando realiza un esfuerzo leve?	NO	
	7.2 Trastornos del Sueño	¿Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño?	NO	

Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
		¿Sufre de somnolencia diurna?	NO	
	7.3 Otras afecciones	¿Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales, como dolor torácico intenso, crisis de disnea paroxítica?	NO	
8. Enfermedades Metabólicas Y Endocrinas	8.1 Diabetes mellitus	¿Le han diagnosticado diabetes mellitus?	NO	
	8.2 Cuadros de Hipoglucemia	¿Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglicemia?	NO	
	8.3 Enfermedades tiroideas	¿Sufre de hiper o hipo tiroidismo?	NO	
	8.4 Enfermedades paratiroideas	¿Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroides?	NO	
	8.5 Enfermadas adrenales	¿El aspirante ha sido diagnosticado con alguna alteración de glandulas suprarenales?	NO	
9. Sistema Nervioso Y Muscular	9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico	¿Ha sufrido o sufre de enfermedades encefálicas, medulares o periféricas, de tipo infeccioso, traumáticas o tumorales?	NO	
	9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías	¿Ha convulsionado alguna vez o ha sido diagnosticado como epiléptico?	NO	
		¿El aspirante ha presentado sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción?	NO	
	9.3 Alteraciones del equilibrio	¿Sufre de alteraciones del equilibrio o vértigo?	NO	
	9.4 Trastornos musculares	¿Posee algún trastorno o patología muscular?	NO	
	9.5 Accidente isquémico transitorio	¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular transitorios?	NO	
	9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular recurrentes?	NO	
13. Otras causas que no se especificaron	13.1 Otras causas no especificadas	¿Ha sufrido de enfermedades infecciosas?	NO	
		¿Sufre o ha sufrido de alergias?	NO	
		¿Está en tratamiento farmacológico actualmente?	NO	
		¿Consume sustancias o drogras Psicoactivas?	NO	
		¿El aspirante presenta alguna incapacidad para conducir por alguna causa que no esté incluida en los anteriores apartados?	NO	
		¿El aspirante presenta alguna enfermedad o deficiencia que pueda suponer una incapacidad que comprometa la seguridad vial y que no se haya mencionado?	NO	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.

Firma y Huella del Médico general



Firma Huella

Médico general:
GILBERTO GOMEZ APARICIO

N° de tarjeta profesional:
19101621

Concepto Final del Certificador

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final:
APTO

Restricciones:

Observaciones:

Certificador:
HENRY FARLEY GUTIERREZ HERRAN

N° de registro médico:
1512374429

Firma del evaluado



Firma y Huella del Certificador



Firma



Huella

Clínica Colsanitas

21211365

Petición No	**21211365**	**Fecha de ingreso**	12-Feb-2024 9:13 am
Paciente	**PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY**	**Fecha de impresión**	12-Feb-2024 7:22 pm
Documento Id	CC 79759982	**Sede**	LACORSALUD IPS
Fecha de nacimiento	17-Jan-1978	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	46 Años **Sexo** M	**Empresa**	LACORSALUD
Dirección	CL 6 SUR 24 180	**Médico**	LACORSALUD LTDA
Teléfono	3213841399		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA				
CREATININA EN SUERO	0.99	mg/dl	0.67	1.17
Método: Colorimétrico Enzimático				
Fecha Validación: 12-Feb-2024 6:19 pm				
GLICEMIA	96.40	mg/dl	70	100
Método: Enzimático				
Fecha Validación: 12-Feb-2024 6:19 pm				

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA COLSANITAS S.A.
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	166.79	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001				
Optimo : Menor de 200 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl				
Alto : Mayor o igual a 240 mg/dl				
COLESTEROL HDL	53.10	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Bajo : Menor de 40 mg/dl				
Alto : Mayor o igual a 60 mg/dl				
COLESTEROL LDL - CALCULADO	93.94	mg/dl		
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Optimo : Menor de 100 mg/dl				
Casi Optimo : Entre 100 - 129 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 130 - 159 mg/dl				
Alto : Entre 160 - 189 mg/dl				
Muy Alto : Mayor o igual a 190 mg/dl				
TRIGLICERIDOS	98.77	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Normal : Menor de 150 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl				
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl				
Muy Alto : Mayor o igual a 500 mg/dl				
Fecha Validación: 12-Feb-2024 6:19 pm				

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA COLSANITAS S.A.
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

HEMATOLOGIA

FROTIS DE SANGRE PERIFERICA

ERITROCITOS NORMOCITICOS NORMOCROMICOS//
PLAQUETAS DISMINUIDAS EN NUMERO Y NORMALES EN MORFOLOGIA//
LEUCOCITOS NORMALES EN NUMERO Y MORFOLOGIA

Clínica Colsanitas

21211365

Petición No	**21211365**	**Fecha de ingreso**	12-Feb-2024 9:13 am
Paciente	**PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY**	**Fecha de impresión**	12-Feb-2024 7:22 pm
Documento Id	CC 79759982	**Sede**	LACORSALUD IPS
Fecha de nacimiento	17-Jan-1978	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	46 Años **Sexo** M	**Empresa**	LACORSALUD
Dirección	CL 6 SUR 24 180	**Médico**	LACORSALUD LTDA
Teléfono	3213841399		

Examen		Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
Fecha Validación: 12-Feb-2024 4:33 pm					
Firma Responsable Adriana Alexandra Orjuela Bacterióloga					
SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.					
CUADRO HEMATICO SIMPLE					
RECUENTO GLOBULOS ROJOS		5.38	x 10^6/ul	4.50	6.20
HEMATOCRITO		48.30	%	40.00	52.00
HEMOGLOBINA		15.80	g/dl	14.00	17.50
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.		89.80	fl	80.00	100.00
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA.		29.40	pg	28.00	33.00
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA.	*	32.70	g/dl	33.00	36.00
RDW-ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITOS		14.40	%	11.50	14.50
RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS		9.71	x 10^3/ul	4.50	11.30
NEUTROFILOS		5.51	x 10^3/ul	2.25	8.48
LINFOCITOS		3.18	x 10^3/ul	0.90	4.52
MONOCITOS		0.84	x 10^3/ul	0.00	1.24
EOSINOFILOS	*	0.07	x 10^3/ul	0.09	0.45
BASOFILOS		0.08	x 10^3/ul	0.00	0.11
% NEUTROFILOS		56.80	%	50.00	75.00
% LINFOCITOS		32.70	%	20.00	40.00
LINFOCITOS ATIPICOS		0.00	%		
%MONOCITOS		8.70	%	0.00	11.00
% EOSINOFILOS	*	0.70	%	2.00	4.00
% BASOFILOS		0.80	%	0.00	1.00
CAYADOS		0.00	%		
METAMIELOCITOS		0.00	%		
MIELOCITOS		0.00	%		
PROMIELOCITOS		0.00	%		
BLASTOS		0.00	%		
RECUENTO DE PLAQUETAS	*	13	x 10^3/ul	150	450
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON CUADRO CLINICO Y REALIZAR SEGUIMIENTO SEGUN CRITERIO MEDICO.					
VOLUMEN PLAQUETARIO.		-	fl	7.00	11.00
IG PORCENTAJE		0.30			
IG ABSOLUTO		0.03			
NORMOBLASTOS		0.00	x 10^3/ul		
% DE NORMOBLASTOS		0.00	%		
Fecha Validación: 12-Feb-2024 4:36 pm					
Firma Responsable Adriana Alexandra Orjuela Bacterióloga					
SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.					
COAGULACION					
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTPa)		36.30	segundos	25.1	36.5
Método: Coagulométrico.					

Clínica Colsanitas

21211365

Petición No	**21211365**	**Fecha de ingreso**	12-Feb-2024 9:13 am
Paciente	**PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY**	**Fecha de impresión**	12-Feb-2024 7:22 pm
Documento Id	CC 79759982	**Sede**	LACORSALUD IPS
Fecha de nacimiento	17-Jan-1978	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	46 Años **Sexo** M	**Empresa**	LACORSALUD
Dirección	CL 6 SUR 24 180	**Médico**	LACORSALUD LTDA
Teléfono	3213841399		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
CONTROL DEL DIA (MEDIA POBLACIONAL): 32.52 segundos				
Los valores de referencia están ajustados por edad, incluida la población pediátrica. (Toulon P., Thrombosis and Haemostasis 2016; 116(01):9-16).				
Fecha Validación: 12-Feb-2024 5:24 pm				
INR	0.96			
Fecha Validación: 12-Feb-2024 5:24 pm				
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	11.2	segundos	9.1	12.5
Método: Coagulométrico.				
CONTROL DEL DIA (MEDIA POBLACIONAL): 11.85 segundos ISI 1.02				
Los valores de referencia están ajustados por edad, incluida la población pediátrica. (Toulon P., Thrombosis and Haemostasis 2016; 116(01):9-16).				
Fecha Validación: 12-Feb-2024 5:24 pm				

Firma Responsable

Jessica Paola Roa Meza
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

UROANALISIS

UROANALISIS AUTOMATIZADO.

QUIMICA URINARIA	*		
Método: Fotometría de Reflactancia y Refractometria			
COLOR ...	AMARILLO		
VALORES DE REFERENCIA Amarillo			
TURBIDEZ.	LIMPIDO		
VALORES DE REFERENCIA Limpido			
DENSIDAD.	1.020	SG	
VALORES DE REFERENCIA 1005 a 1030 SG			
PH .	5.0		
VALORES DE REFERENCIA 4.5 A 8			
LEUCOCITOS .	NEGATIVO	cel/ul	
VALORES DE REFERENCIA 0 a 24 cel/ul			
NITRITOS.	NEGATIVO		
VALORES DE REFERENCIA Negativo			
PROTEINAS .	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 15 mg/dl			
GLUCOSA .	NORMAL	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 20 mg/dl			
CUERPOS CETONICOS.	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 10 mg/dl			
UROBILINOGENO.	NORMAL	mg/dl	

Clínica Colsanitas

21211365

Petición No	**21211365**	**Fecha de ingreso**	12-Feb-2024 9:13 am
Paciente	**PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY**	**Fecha de impresión**	12-Feb-2024 7:22 pm
Documento Id	CC 79759982	**Sede**	LACORSALUD IPS
Fecha de nacimiento	17-Jan-1978	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	46 Años **Sexo** M	**Empresa**	LACORSALUD
Dirección	CL 6 SUR 24 180	**Médico**	LACORSALUD LTDA
Teléfono	3213841399		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VALORES DE REFERENCIA Menor de 2 mg/dl			
BILIRRUBINAS.	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 0.5 mg/dl			
HEMOGLOBINA. (Hemoglobina Libre)	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA 0 a 0.03 mg/dl			
SEDIMENTO .	C. FLUJO		
CITOMETRIA DE FLUJO FLUORESCENTE			
CELULAS EPITELIALES .	0.1	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 6 HPF			
LEUCOCITOS .	0.2	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 1 HPF			
ERITROCITOS	0.2	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 4 HPF			
ERITROCITOS NO LISADOS (NL RBC)	0.1	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 4 HPF			
BACTERIAS .	ESCASAS		
VALORES DE REFERENCIA Escasas			
MOCO .	NEGATIVO		
VALORES DE REFERENCIA Negativo			

Fecha Validación: 12-Feb-2024 4:07 pm

Firma Responsable

LARA NEIRA INES MIREYA
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de agosto de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Ciudad 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:

T.I.	1028724068	David Santiago Pérez Rojas	HIJO
T.I.	1016605387	Juan Pablo Pérez Rojas	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: John Fredy Pérez Rodríguez
C.C. 79759982

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.028.724.068

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54213210

.54213210.

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A C L

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

REGISTRADURIA DE BARRIOS UNIDOS HOSP INFANTIL SAN JOSE - COLOMBIA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	ROJAS

Nombre(s)

DAVID SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes OCT Día 07	MASCULINO	O	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 MEDICO O DE NACIDO VIVO	12459812-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS PLAZAS RUTH ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.016.042.277	COLONBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.759.982	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.759.982	

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 2013 Mes OCT Día 08	FILADELFO VELASQUEZ BARRERA - RE Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55703354

55703354

NUIP 1016605387

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 10 0 5

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

********COLOMBIA ********** CUNDINAMARCA ********** BOGOTA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ**********	ROJAS**********

Nombre(s)

JUAN PABLO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes DIC Día 26	MASCULINO	O	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	13641712-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS PLAZAS RUTH ALEJANDRA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1016042277 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

****
PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79759982 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79759982 DE BOGOTA D.C	X

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 2016 Mes ENE Día 05	ROSABEL ANGULO MARTINEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	NOTARIA 38 BOGOTA, D.C. ROSABEL ANGULO MARTINEZ NOTARIA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

CERTIFICACIÓN TRIBUTARIA / AÑO GRAVABLE 2023 /

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ**

Identificación: C.C 79759982

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: **Bogotá**

Fecha de solicitud: 2024-03-20

Fecha de expedición: 2024-03-15

INFORMACIÓN CUENTAS DE AHORROS, CORRIENTES Y DEPÓSITOS DE BAJO MONTO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	SALDO A 31.DIC.2023	RENDIMIENTOS DE LOS APORTES	RENDIMIENTOS NO GRAVADOS 0.00%*	VALOR RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS RETENIDO**	INTERESES PAGADOS POR SOBREGIRO
DBajoMonto Daviplata	3213841399	$307.00	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
TOTALES	**1**	**$307.00**	**$0.00**	**$0.00**	**$0.00**	**$0.00**	**$0.00**

**De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 del Estatuto Tributario (modificado por el artículo 86 de la Ley 2010 de 2019), solo el 50% de GMF es deducible
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares , encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.
La tarifa de Retención en la fuente a título de Renta sobre los rendimientos Financieros será del 10% sobre el 70% del respectivo pago o abono en cuenta. Según lo establecido en el artículo 1.2.4.2.5. del DUR 1625.
* Componente inflacionario de los rendimientos financieros percibidos durante el año.

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2022	SALDO AL 31.DIC.2023	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2023	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700008600943976	12/01/2022	$87,675,000.00	$86,742,203.89	$83,194,687.76	$9,198,576.00	$5,207,811.70	$5,207,811.70	$0.00
TOTALES	**1**		**$87,675,000.00**	**$86,742,203.89**	**$83,194,687.76**	**$9,198,576.00**	**$5,207,811.70**	**$5,207,811.70**	**$0.00**

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Articulo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa
Esta certificación incluye todos los productos vigentes y cancelados poseídos durante el año certificado.
Recuerde: El Decreto 2229 del 22 de diciembre del 2023 establece quienes son declarantes de renta para el año 2023.
En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios
Estimado cliente. Si ademas usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la direccion **infoprov@davivienda.com**
La tarifa de retencion en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas debito y/o credito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ**

Identificación: C.C 79759982

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de solicitud: 2024-03-20

Fecha de expedición: 2024-03-15

Direccion del Banco para notificaciones: Cl 28 13 A 15 MN
Estimado cliente del Régimen simple. Si usted reportó al Banco su condición tributaria durante el año.
El Banco Davivienda S.A. se permite certificar la totalidad de las Operaciones de consignación realizadas por mecanismos electrónicos.
Cumpliendo con lo establecido en el artículo 1.5.8.3.5 del Decreto 1091 del 03 de agosto del 2020.
Recuerde, para la procedencia del descuento en la determinación del impuesto SIMPLE, los valores tomados deben corresponder a pagos por concepto de venta de bienes y/o servicios.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA