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 GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**30 Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**85707-410396**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NELSON EDUARDO DORADO LUJAN	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	10.301.041	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	doradol@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	197000068944
IP/Nº de contacto:	3227776949	**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:	6712413/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**84924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES CON CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN EN EL ÁREA TEMÁTICA DE BILINGÜISMO EN LA MODALIDAD VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, DE ACUER

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**04/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.182.854
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 15.182.854
Valor Bruto Pago:	**$ 4.018.991,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.163.863

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.018.991	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	**$ 4.018.991**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.148.592**	**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		----------	**80349230**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.607.596	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 201.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 257.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.400	$ 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		$ 285.800	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 401.899	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 716.000	
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	2.148.592,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.560.691,00	
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	34.396,00	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	**$3.984.595,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución competencia Inglés Fases Planeación 2977166.2910866,2879815.Fase ejecución 2977550, 2879533, 2868400, Evaluación:2773172

Se registran respaldos de RAP a cargo en Fichas 2773072, 2868400, 2879533, 2910866, 2977166, 2977550, 2879815 en One Drive.

Se emitieron juicios evaluativos y se registran respaldos de de RAP a cargo en Fichas 2879533, RAP 83 en One Drive.

Se emitieron se registran respaldos de de RAP a cargo en Fichas 2773172 RAP 84 en One Drive.

Se realizaron sesiones en línea de Fase Planeación, Fase ejecución y Evaluación

Se entrego al Coordinador Académico el reporte de ejecución de actividades.

Adecuación del ambiente virtual de aprendizaje de acuerdo con la Guía AVA en cada ficha de acuerdo a cronograma.

Se realizaron reuniones EEF de fichas 2773072, 2868400, 2879533, 2910866, 2977166, 2977550, 2879815

Se enviaron comunicaciones directas a los aprendices.

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

NELSON EDUARDO DORADO LUJAN
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,

SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA
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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

23/09/24 02:37:27 USUARIO: SIC - C.C. 10301041

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	10301041	NELSON EDUARDO DORADO LUJAN	Carrera 23 #30-25, Torre 8 Apto 803 Antonia Santos	3227776949	DORADOLUJAN@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		SI

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	20/09/2024	80349230	$502.700	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	201.000	0		0		0	10	1.500	0	202.500	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	257.300	0	0	0	0	10	1.900	0	259.200	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	8.400				8.400	10	100	8.500			84	8.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF40	Comfenalco Santander	890201578-7	32.200	10	300	32.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	201.000	202.500
Pensión	1	257.300	259.200
Riesgos Laborales	1	8.400	8.500
CCF	1	32.200	32.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	498.900	502.700

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
CC	10301041	NELSON EDUARDO DORADO LUJAN		Carrera 23 #30-25, Torre 8 Apto 803 Antonia Santos	3227776949	DORADOLUJAN@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

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	20/09/2024	80349230	$502.700	

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	10301041	DORADO LUJAN NELSON EDUARDO	59	0			N																	230201	1.607.596	257.300	0	0	0	0	EPS010	1.607.596	201.000	14-23	1.607.596	1	8.400	CCF40	1.607.596	32.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141122079975

(415)7707212489984(8020) 000014112207997 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 1 0 4 1	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 1 0 4 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DORADO	LUJAN	NELSON	EDUARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CR 23 30 25 AP 803 TO 8 BRR ANTONIA SANTOS

42. Correo electrónico: doradolujan@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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 - 09 - 03 / 22 : 55: 10

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 DORADO LUJAN NELSON EDUARDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 75.241

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

DORADO LUJAN NELSON EDUARDO (Apellidos y Nombres)	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	39 AÑOS 0 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	10301041 (Número)
	Peso: 102.0(kg			
	Talla: 189 cm	IMC: 28.55 - SOBREPESO		

Cargo

INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	VIGENCIA	RECOMENDACIONES
NO APLICA	NO APLICA	NO REFIERE	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)	✓
LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)	✓	PARACLINICOS (AUDIOMETRÍA)	✓
LAB CLÍNICO (GLICEMIA)	✓	TEST PSICOLÓGICO (WARTEGG)	✓
LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
LAB CLÍNICO (PERFIL LIPÍDICO)	✓	ENFASIS CARDIOVASCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REALIZA VALORACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS CARDIOVASCULAR, OSTEOMUSCULAR, DERMATOLÓGICO Y NEUROLÓGICO SIN EVIDENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍA A NINGUN NIVEL. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.
MEDIDAS PREVENTIVAS COVID 19, USO DE TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: 

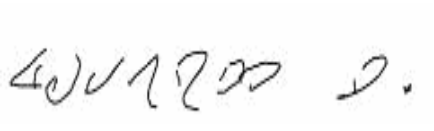
Nombre: URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO

R. M.: 0843-08 **L.S.O.:** 19215

Código de Seguridad

Z99F1L75241

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: DORADO LUJAN NELSON EDUARDO

CC: 10301041

SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 #40-44

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



EXAMEN DE PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 22,367

Fecha: 30/01/2023 **Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 10301041 **Nombre:** DORADO LUJAN NELSON EDUARDO **Edad:** 39 AÑOS 0
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS **F. Último Examen:** 2021
Lugar del Último Examen: BUCARAMANGA **Motivo Consulta:** EXAMEN INGRESO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	ABUELA PATERNA DIABETES +, PRIMAS PATERNA TIROIDES
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO USA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO DERECHO: **K´ =**
OJO IZQUIERDO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	

RX FINAL

OJO DERECHO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

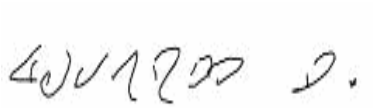


Firma:

Nombre: OVALLE PINTO NARGI

R. M.: 15233-06 **L.S.O.:**

PACIENTE

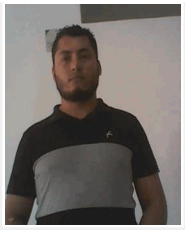


Firma:

Nombre: DORADO LUJAN NELSON EDUARDO

CC: 10301041

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 21153**

Fecha: 30/01/2023 **Ciudad:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARD **Eps:**
CC: 10301041 **Nombre:** DORADO LUJAN NELSON EDUARDO **Edad:** 39 AÑOS 0 M **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 11/01/1984 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR DE INGLES	NINGUNA	NO APLICA	3	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO
TRAUMA	NO	ACÚFENOS	SECUNDARIO A RUIDOS FUERTES
CIRUGÍA	NO	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO		

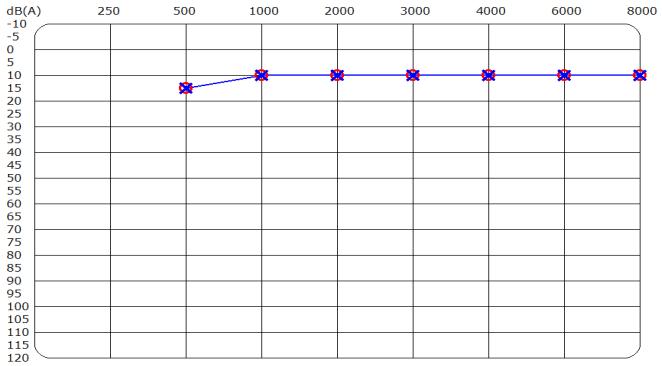
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO	POLÍGONO	SI
MOTO	NO	AUDÍFONOS	INSERCION-FRECUENTEMENTE
DISCOTECA	NO	OTRO	
SERVICIO MILITAR	AÑO 2002		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: LARSON DAVIS **F. Ultima Calibración:** 2022-03-09

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		15	10	10	10	10	10	10
VAOI		15	10	10	10	10	10	10

PTA Oido derecho: 11.25 **PTA Oido izquierdo:** 11.25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

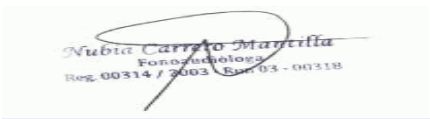
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL.

FONOAUDIÓLOGO



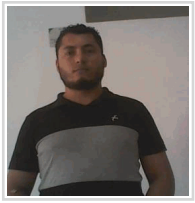
Firma:
Nombre: CARRERO MANTILLA NUBIA
R. M.: 00314 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: DORADO LUJAN NELSON EDUARDO
CC 10301041

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com

Código de Seguridad
W99C33I86076



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 86076

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** lunes, 30 de enero de 2023 08:59:46 a.m.

Nombres y Apellidos: DORADO LUJAN NELSON EDUARDO **CC:** 10301041 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 11/01/1984 **Edad:** 39 AÑOS 0 MESES 19 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)

HEMATOLÓGIA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
CUADRO HEMATICO		
Hemoglobina (Hb)	15.4	Hombres 13,5 - 18,0 gr/dl Mujeres 11,5 - 16,4 gr/dl
Hematocrito (Hto)	45.9	Hombres 39 - 50% Mujeres 36 - 48%
Morfología de Glóbulos Rojos:		
Leucocitos:	6.000	5.000 - 10.000 / mm³
Segmentados:	60.2	40 - 75 %
Cayados:	0	0 - 3 %
Eosinófilos:	0	0 - 5 %
Basófilos:	0	0 - 1 %
Linfocitos:	33.8	20 - 45 %
Monocitos:	6.0	2 - 10 %
Recuento de Plaquetas:	155.000	150.000 - 450.000 / mm³
Eritrosedimentación (V S G) 1 Hora:		Hombres 0 - 4 mm³ Mujeres 0 - 20 mm³

Milena Del Carmen Torres Yepes
Bacteriólogo(a) RP: 45543326

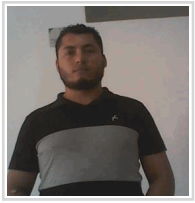
MICROSCOPÍA

LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)

UROANALISIS

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
PARCIAL DE ORINA		
Color	AMARILLO	
Aspecto	LG TURBIO	
Densidad	1030	
Reaccion PH	5	
Glucosa	NEGATIVO	Mg/dl
Cetona	NEGATIVO	
Sangre	NEGATIVO	Ery/UL
Proteinas	NEGATIVO	Mg/dl

Código de Seguridad
W99C33I86076



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 86076

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** lunes, 30 de enero de 2023 08:59:46 a.m.

Nombres y Apellidos: DORADO LUJAN NELSON EDUARDO **CC:** 10301041 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 11/01/1984 **Edad:** 39 AÑOS 0 MESES 19 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

Bilirrubinas	NEGATIVO	
Leucoesterasa	NEGATIVO	Leu/UL
Nitritos	NEGATIVO	

SEDIMENTO MICROSCOPICO

Leucocitos	0-2	
Hematies	0-2	
Bacterias	+	
Moco	+	
Levaduras	-	
Fosfatos Amorfos	-	
Celulas Epiteliales	0-2	
Cilindros	-	
Piocitos	-	

Observaciones

Milena Del Carmen Torres Yepes
Bacteriólogo(a) RP: 45543326

QUÍMICA

LAB CLÍNICO (PERFIL LIPÍDICO)

QUIMICA

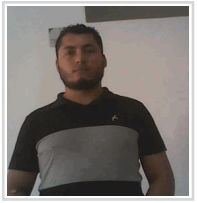
	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
PERFIL LIPIDICO		
Colesterol Total	178	Normal hasta 200 mg/dl Moderado 200a 239 mg/dl Elevado mayor a 240 mg/dl
Colesterol HDL	61	Pronostico Favorable Hombres > a 55 mg/dl Mujeres > a 65 mg/dl Niveles de Riesgo Estandar Hombres 35 a 55 mg/dl Mujeres 45 a 65 mg/dl Indicador de Riesgo Hombres < a 35 mg/dl Mujeres < a 45 mg/dl
Colesterol LDL	92.2	Normal hasta 150 mg/dl Elevado 190 mg/dl
Trigliceridos	124	Normal hasta 150 mg/dl Moderado 150 a 199 mg/dl Elevado mayor 200 a 499 mg/dl Muy Elevado mayor a 500 mg/dl

Milena Del Carmen Torres Yepes
Bacteriólogo(a) RP: 45543326

LAB CLÍNICO (GLICEMIA)

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com

Código de Seguridad
W99C33I86076



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 86076

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** lunes, 30 de enero de 2023 08:59:46 a.m.

Nombres y Apellidos: DORADO LUJAN NELSON EDUARDO **CC:** 10301041 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 11/01/1984 **Edad:** 39 AÑOS 0 MESES 19 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

QUIMICA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
GLICEMIA	94	Normal 70 a 110 mg/dl

Milena Del Carmen Torres Yepes
Bacteriólogo(a) RP: 45543326

Fecha de realización del examen: _30_ / __01__ / ___2023_____

AREA DE SELECCIÓN
INFORME CONFIDENCIAL

Con el propósito de preservar la ética profesional, este informe debe conocerse solamente por el jefe o responsable de área donde existe la vacante.

EXPLICACION DEL INFORME

El siguiente informe presenta una tabla que permite cuantificar cada una de las características evaluadas para el perfil de INSTRUCTOR según lo indicado por la prueba aplicada, para ello se entenderá de la siguiente forma de 10 a 9 es un nivel muy alto, de 8 a 7 nivel alto, de 6 a 5 nivel medio, de 4 a 3 nivel medio bajo y de 2 a 1 nivel muy bajo. Adicionalmente se presenta un concepto final que permitirá la descripción de los hallazgos relevantes para su fácil análisis e interpretación que permita observar si cumple o no el perfil requerido por la organización junto con las respectivas sugerencias por parte del evaluador.

EVALUACION APLICADA

Se aplica el Test para evidenciar la dinámica de personalidad en dos dimensiones a nivel situacional y a nivel constitucional del individuo con fines organizacionales.

NOMBRE	**NELSON EDUARDO DORADO LUJAN**	**CEDULA**	**10301041**
CARGO AL QUE ASPIRA	**INSTRUCTOR**	**EDAD**	**38 AÑOS**
FORMACION ACADEMICA	**UNIVERSITARIO**	**TELEFONO**	**_3227776949_**
DIRECCION	**SAN ALONSO**		
EVALUADOR	**YULY KATHERIN DUARTE**	**CARGO**	**PSICOLOGO**
	VELANDIA		

DIMENSION INTELECTUAL											
Capacidad para dar solución a los problemas, asimilar experiencias y enfrentar circunstancias difíciles, así como para planear y ejecutar diversas actividades en un tiempo determinado											
Capacidad	**Factor Evaluado**	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
ORGANIZACIÓN	Ejecutar prioridades. Planificar las actividades. Emplear un método de trabajo		X								
ANALISIS, SINTESIS Y SOLUCION DE PROBLEMAS	Identificar problemáticas y solución a un mismo problema. Prever consecuencias antes de la solución. Soluciones claras y precisas.		X								

INICIATIVA Y CREATIVIDAD	Consultar diferentes fuentes de información. Aportar ideas nuevas y prácticas en el trabajo. Dar varias alternativas de solución a un mismo problema.		X							

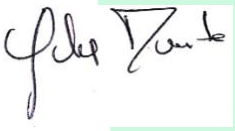
RESISTENCIA ANTE LAS PRESIONES	Manejo de tiempo de respuesta. Manejo de clientes difíciles. Objetividad en el manejo de situaciones difíciles.		X							

DIMENSION PERSONAL										
Capacidad para establecer relaciones de carácter social y laboral dentro de un ambiente amable en el que se tiene en cuenta las necesidades del otro y los objetivos de la organización. Empleo de recursos personales para enfrentar, asimilar y adaptarse a situaciones diferentes.										
Capacidad	Factor Evaluado	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
DON DE GENTE	Agradable. Servicial. Humano. Cálido y transparente		**X**							
TRABAJO EN EQUIPO	Capacidad de trabajar en grupo para el logro de los objetivos. Compartir los conocimientos		**X**							
ADAPTACION AL CAMBIO	Aceptar los cambios que mejoren el trabajo. Flexible. Sin temor a los Retos		**X**							
DINAMISMO Y ENERGIA	Activo. Emprendedor. Positivo. Oportuno		**X**							
RESPONSABILIDAD	Desarrollar las labores asignadas en su totalidad. Cumplir horarios establecidos.		**X**							
NORMATIVIDAD	Aceptar y seguir normas. Acoger orientaciones y sugerencias. Reconocer mandos superiores.		**X**							
RELACIONES INTERPERSONALES	Respetar las ideas, las diferencias de los demás		**X**							
LIDERAZGO	Habilidad para convocar, convencer y delegar.		**X**							
SEGURIDAD EN SI MISMO	Capacidad de no personalizar las situaciones en que se participa, basado en el conocimiento de sus fortalezas y debilidades.		**X**							
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	Comprender y aceptar cuando no se logre los objetivos propuestos sin que esto afecte la Autoestima y/o la motivación		**X**							

TIPOS DE MOTIVACION											
Capacidad para establecer relaciones de carácter social y laboral dentro de un ambiente amable											
Capacidad	**Factor Evaluado**	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
LOGRO	Conjunto de metas o resultados, claramente definidas por un individuo para aventajar a otros. Ser el mejor. Estar entre los Mejores		**X**								
PODER	Deseos o acciones que buscan ejercer dominio, control o influencia, no solo sobre las personas o grupos sino también sobre los medios.		X								
AFILIACION	Expresiones de intenciones o ejecuciones de comportamientos orientados a obtener o conservar relaciones afectivas satisfactorias.		X								
AUTOREALIZACION	Deseo o realización de actividades que permitan la utilización en el trabajo de las habilidades y conocimientos		**X**								
RECONOCIMIENTO	Deseo o realización de actividades orientadas a obtener de los demás atención, aceptación o admiración		**X**								
DEDICACION A LA TAREA	Condiciones intrínsecas (Autonomía) que hacen a la persona sensible a la tarea con un nivel de exigencia y claridad.		**X**								

OBSERVACIONES:

NELSON, se muestra como una persona centrada, organizada y planeadora, orientada al cumplimiento de objetivos y metas, muestra ser una persona dinámica, proactiva e innovadora, muestra tener un alto grado de ajuste a la norma, es una persona sensible ante las necesidades de los otros, asertiva a la hora de expresar sentimientos y emociones.



FIRMA

TARJETA PROFESIONAL 167732

NOMBRE DE LA PSICÓLOGA: YULY KATHERIN DUARTE VELANDIA

RESOLUCION NÚMERO 19215 **DE**

POR LA CUAL SE OTORGA LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91289303 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otorguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO.** - MEDICO Y CIRUJANO -. ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 91289303, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgo esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 26 SEP 2013

JUAN JOSE REY SERRANO
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Héctor Ariza – Director Administrativo
Aymer Alvarado – Director de Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó Yelitza Hernández – Profesional Especializado- Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

Validación exámenes pre-ocupacionales Nelson Dorado Pública Clasificada\Todos los empleados (Sin Restricción)

Edilma Silva Paez

To: Nelson Eduardo Dorado Lujan

Cc: Yuliet Daniela Aros Romero; Paola Amado Angulo

Reply | Reply all | Forward

Tue 2/13/2024 11:24 AM

Retention: Exchange Online (10 years) Expires: Fri 2/10/2034 11:24 AM

Buenos días, respetado señor Nelson Eduardo Dorado Lujan

De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual de instructor.

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

De: Nelson Eduardo Dorado Lujan <doradol@sena.edu.co>
Enviado el: martes, 13 de febrero de 2024 10:36
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Asunto: Validación examenespreocupacionales Nelson Dorado

Buenos días enfermera Edilma,

me permito enviar el documento de Salud ocupacional. Quedo atento a su visto bueno. Muchas gracias de antemano.

Cordialmente,

Nelson Eduardo Dorado Luján
Centro de Servicios Empresariales y Turísticos
Instructor de Bilingüismo
doradol@sena.edu.co
Carrera 27 N° 19N – 40
Bucaramanga, Colombia
Teléfono +5776800600

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, **NELSON EDUARDO DORADO LUJAN** identificado con **CC** No. **10301041**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 27/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 02/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 202401019638863.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 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

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de septiembre 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:

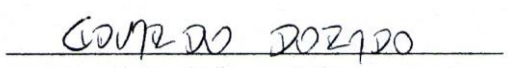
T.I.	**1029626483**	**Emmanuel Santiago Dorado Burbano**	**HIJO**
C.C.	**1061799823**	**Diana Elizabeth Guerrero Burbano**	**COMPAÑERO PERMANENTE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Cónyuge o compañero que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados 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: Nelson Eduardo Dorado Luján
C.C. 10301041

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

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

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.029.626.483

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59050730

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A E Z

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

REGISTRADURIA DE POPAYAN-CL LA ESTANCIA - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DORADO	BURBANO

Nombre(s)

EMMANUEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes FEB Día 24	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15145791-3

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

Apellidos y nombres completos

BURBANO GUERRERO DIANA ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.061.799.821	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

DORADO LUJAN NELSON EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 10.301.041	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DORADO LUJAN NELSON EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 10.301.041	x [signature]

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 2019 Mes FEB Día 25	FERNANDO JOSE VELASCO ORDOÑEZ - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
x [signature] Firma	[signature] Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 59050730 *

Adhesivo Copia Registro Civil
24151567-5

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.061.799.821**

BURBANO GUERRERO

APELLIDOS

DIANA ELIZABETH

NOMBRES



Diana B

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1997**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-ABR-2015 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1100100-00711587-F-1061799821-20150530 **0044**372777A 1 41220876

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

EL SUSCRITO CONTADOR CON TARJETA PROFESIONAL No.267601-T EXPEDIDA POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES DE COLOMBIA

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 4 del parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la señora **DIANA ELISABETH BURBANO GUERRERO** Identificada con cedula de ciudadanía No. 1.061.799.821 de Popayán, residente de la ciudad de Bucaramanga, es actualmente conyugue o compañera permanente del señor **NELSON EDUARDO DORADO LUJAN** identificado con cedula de ciudadanía No. 10.301.401 de Popayán (Cauca).

En la actualidad la señora **DIANA ELISABETH BURBANO GUERRERO** no obtiene ingresos propios, por lo cual cumple con los criterios para figurar como dependiente del señor **NELSON EDUARDO DORADO LUJAN**

Únicamente me responsabilizo por el original de este documento, para ser usado antes de (60) días.

Para constancia se firma en El Bordo Cauca, a los veinte (20) días del mes de septiembre de dos mil veinticuatro (2024)



YINETH MUÑOZ OSPINA
C.C 38.561.819
TP.267601-T

Celular 3233232111-3161189491.
Email- symo1245@hotmail.com
Carrera 6 5-56 Barrio Calle Nueva el Bordo Cauca.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

267601-T



YINETH
MUÑOZ OSPINA
C.C. 38561819
RES. INSCRIPCION 316 DEL 19/02/2020
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

288040 288949

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX. (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 38.561.819
APELLIDOS MUÑOZ OSPINA
NOMBRES YINETH
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1982
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-MAY-2000 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00586606-F-0038561819-20140616 0038025495A 1 1302674054