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	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**13590-611733**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA CAMILA CUELLO SAUMETH	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.014.286.620	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mccuello@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	68950378534
IP/Nº de contacto:	000	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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	SI
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:	5784977/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**5924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA MODALIDAD Y EL NIVEL DE LAS ESPECIALIDADES OFERTADAS POR EL CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**05/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.312.714
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 32.151.925
Valor Bruto Pago:	**$ 3.870.139,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.442.575

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.870.139	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	**$ 3.870.139**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.275.725**	**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		----------	**9473884824**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.548.056	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 193.600	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 247.700	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.100	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 387.014	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 758.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.152.428		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.275.725,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.428.839,00	
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	33.123,00	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	**$3.837.016,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó el cumplimiento de la Programación Asignada de las fichas: 3070294, 2910880/882, 2977928/929, 3069259, 3069260, 3069248

Se realizó seguimiento en las ocho fichas etapa lectiva: 3070294, 2910880/882, 2977928/929, 3069259, 3069260, 3069248

Se ejecutó el proceso de Formación en las fichas asignadas: 3070294, 2910880/882, 2977928/929, 3069259, 3069260, 3069248

Se evaluaron y retroalimentó a los aprendices, con base en las evidencias entregadas en la plataforma virtual del SENA.

Se creó y compartió el portafolio del instructor de acuerdo con indicaciones dadas por los lideres del área.

Se apoyó a los programas de Formación: Operaciones Logísticas, Gestión Integral del Transporte, Procesos Logísticos, ADSO.

Se participó en la programación y ejecución en procesos de inducción a aprendices, de acuerdo con la programación.

Se garantizó el correcto uso de las herramientas tecnológicas que apoyan la Formación Profesional SENA.

Se presentó el informe de actividades mensual, como soporte a la cuenta de cobro.

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

MARIA CAMILA CUELLO SAUMETH
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)

26/09/24 13:16:06 USUARIO: SIC - C.C. 1014286620

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014286620		CUELLO SAUMETH MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 73. No.73-48 Ap.404	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7896513	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	938178873	9473884824	I	2024/09/05	2024/09/26	BANCO AV VILLAS	21	$456,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,548,100**	**$247,700**			**$1,548,100**	**$193,600**			**$0**	**$0**			**$1,548,100**		**$8,100**		**$0**	**$0**		**$449,400**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,548,100**	**$247,700**			**$1,548,100**	**$193,600**			**$0**	**$0**			**$1,548,100**		**$8,100**		**$0**	**$0**		**$449,400**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$1,548,100**	**$247,700**			**$1,548,100**	**$193,600**			**$0**	**$0**			**$1,548,100**		**$8,100**		**$0**	**$0**		**$449,400**
1	CC	1014286620	CUELLO MARIA	X								X								23030 1	30	$1,548,100	$247,700	EPS010	30	$1,548,100	$193,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,548,100	0.522%	$8,100	0	$0	$0	No	$449,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,548,100	$247,700			$1,548,100	$193,600			$0	$0			$1,548,100		$8,100		$0	$0		$449,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014286620		CUELLO SAUMETH MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 73. No.73-48 Ap.404	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7896513	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	938178873	9473884824	I	2024/09/05	2024/09/26	BANCO AV VILLAS	21	$456,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$247,700	$3,900	$0	$251,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$247,700	$3,900	$0	$251,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,100	$200	$0	$8,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,100	$200	$0	$8,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$193,600	$3,000	$0	$196,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$193,600	$3,000	$0	$196,600
TOTAL				**1**	**$449,400**	**$7,100**	**$0**	**$456,500**

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MARIA CAMILA CUELLO SAUMETH** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1014286620** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1014286620
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA CAMILA CUELLO SAUMETH
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/09/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	299
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **18/09/2024**

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA CUELLO SAUMETH, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.286.620**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141102177150

(415)7707212489984(8020) 000014110217715 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 4 2 8 6 6 2 0	6	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	1 0 1 4 2 8 6 6 2 0	

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
CUELLO	SAUMETH	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 73 73 48 AP 404

42. Correo electrónico: camilasaumeth11@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 8 9 6 5 1 3	3 1 7 2 3 4 6 2 1 9

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 2 1 0 1 1 8	7 2 2 0	2 0 1 5 0 5 1 3					

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 - 08 - 07 / 14 : 39: 36

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:

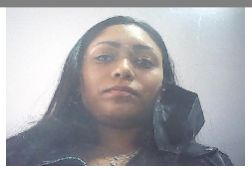
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Grupo Ocupacional
salud integral empresarial



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1014286620-224302

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	20 ene. 2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	MARIA CAMILA CUELLO SAUMETH	**Identificación:**	1014286620
Género	FEMENINO **Edad:** 26	**Teléfono**	******* **Móvil:** 3172346219
Fecha Nacimiento:	11/03/1997	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	EPS SURA
Dirección	CRA 73 NO 73 - 58	**ARL:**	
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	
Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA -		
		AREA: No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TEST PSICOMETRICO	APTO - Talleres propios en su cargo para optimizar su desempeño
AUDIOMETRIA	1. CONTROL PERIÓDICO.
OPTOMETRIA	USO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION PROLONGADA, CONTROL ANUAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL /PAUSAS ACTIVAS Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS FRECUENTEMENTE/ EJERCICIOS VISUALES PARA EVITAR FATIGA OCULAR/USAR ELEMENTOS DE PROTECCION SEGÚN MATRIZ DE PELIGRO CONTROL/ PREVENTIVO ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL. -- ASISTIR A CONTROLES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SU EPS PARA DETECCIÓN TEMPRANA, Y/O CONTROL DE CONDICIONES DE SALUD, ASÍ COMO EL MANTENIMIENTO DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES COMO ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FISICA, CONSUMO DE SUSTANCIAS COMO ALCOHOL Y TABACO
GLICEMIA	se realizó
PERFIL LIPIDICO	se realizó
CUADRO HEMATICO	se realizó
ANEXO CARDIOVASCULAR	SIN ALTERACION PARA EL CARGO

CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

DR. CARLOS J. CABRALES ROJAS
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 4948-13

CARLOS JULIO CABRALES ROJAS
Médico Especialista en Salud Laboral 4948-13

MARIA CAMILA CUELLO SAUMETH
Firma y cédula del Paciente

1014286620

Gmail

examenes

Redactar

Recibidos 1
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 2
Más

Etiquetas

Más

CUELLO SAUMET..
CUELLO SAUMET..
CUELLO SAUMET..

María Camila Cuello Saumeth <camilasaumeth11@gmail.com> lun, 22 ene, 2:4
para esilvap, ybecerrac

¡Buenas tardes a todos!
Por favor su ayuda dando el visto bueno a los exámenes preocupacionales:

Identificación: 1.014.286.620
Nombre: Maria Camila Cuello Saumeth
Instructora del Centro de Gestión de Mercados Logística y Tecnología de la Información, área de Virtualización

Por la atención prestada muchas gracias,

3 archivos adjuntos • Analizado por Gmail

CUELLO SAUMET..
CUELLO SAUMET..
CUELLO SAUMET..

Responder Responder a todos Reenviar

1 mensaje suprimido en esta conversación. Puedes ver el mensaje o eliminarlo definitivamente.

Gmail

examenes

Redactar

Recibidos 1
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 2
Más

Etiquetas

Más

VALIDACION CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Recibidos ×

Edilma Silva Paez lun, 22 ene, 3:3
para mí, Yuliet, Paola

Buenas tardes, respetada señorita Maria Camila Cuello Saumeth.

De manera atenta, le informo que se valida el 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: María Camila Cuello Saumeth <camilasaumeth11@gmail.com>
Enviado el: lunes, 22 de enero de 2024 14:41
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>; ybecerrac@sena.edu.co
Asunto: Fwd: CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No suele recibir correos electrónicos de camilasaumeth11@gmail.com. Por qué esto es importante

¡Buenas tardes a todos!
Por favor su ayuda dando el visto bueno a los exámenes preocupacionales:

Identificación: 1.014.286.620
Nombre: Maria Camila Cuello Saumeth
Instructora del Centro de Gestión de Mercados Logística y Tecnología de la Información, área de Virtualización

Por la atención prestada muchas gracias,

Cordialmente,

MARÍA CAMILA CUELLO SAUMETH M.Sc.
Magíster en Investigación Social Interdisciplinaria
Profesional en Negocios y Relaciones Internacionales
Correo: camilasaumeth11@gmail.com
Cel. (+57) 3172346219

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, **MARIA CAMILA CUELLO SAUMETH** identificado con **CC** No. **1014286620**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 19/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 18/11/2024 **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): 202401019506510.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 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, 18 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:

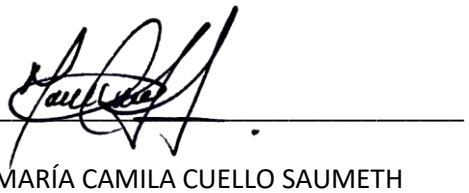
C.C.	**36.621.831**	**EDA LUZ SAUMETH ARRIETA**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano 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: MARÍA CAMILA CUELLO SAUMETH
C.C. 1.014.286.620

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

Bogotá, 02 de abril de 2024

A quien interese,

Asunto: Solicitud de aplicación deducible por dependientes económicos.

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes con el fin de solicitar una disminución en la base gravable de retención en la fuente correspondiente al año gravable en curso de la funcionaria María Camila Cuello Saumeth, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.014.286.620 de Bogotá D.C. Esto debido a que cumple con los requisitos para ser tenidos en cuenta en el cálculo de la retención en la fuente.

Actualmente cuenta con un dependiente económico, quien actúa en calidad de madre y responde al nombre Eda Luz Saumeth Arrieta, identificada con cédula de ciudadanía No. 36.621.831 de Bosconia. La razón de la dependencia económica radica en la ausencia de ingresos de la madre de la contribuyente, o en que son menores a doscientos sesenta (260) UVT en el año.

Agradeceré que dicho procedimiento sea llevado a cabo de acuerdo con lo estipulado en la ley tributaria vigente.

Cordialmente,



Lina Marcela Cuello Romero

C.C. 1.001.193.459

T.P. 307988-T