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	**55385-048061**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NICOLAS RODRIGUEZ PEREZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.057.572.686	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nirodriguez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24100730074
IP/Nº de contacto:	3203413210	**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:	6742925/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**90524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**18/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.992.042
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 13.992.042
Valor Bruto Pago:	**$ 1.935.070,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 12.056.972

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.935.070	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.935.070**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.023.263**	**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		----------	**4567960505**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 193.507	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 341.000	
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	1.023.263,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.564.570,00	
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	15.114,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.919.956,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Informe de actividades desarrolladas entre el 18 y el 30 de septiembre del 2024

se desarrollo actividades de bienvenida, formación y calificación de la formación complementaria virtual de sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de las fichas:

3083882, 3083883, 3083884, 3083896

Se da cumplimiento a la programación establecida por la coordinación academica.

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

NICOLAS RODRIGUEZ PEREZ
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 09:10:01 USUARIO: SIC - C.C. 1057572686

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057572686
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NICOLAS RODRIGUEZ PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 11 NO. 32-250	TELÉFONO:	3203483
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4567960505**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999930671

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.800	$ 0	$ 285.800
SUBTOTALES:										**$ 285.800**	**$ 0**	**$ 285.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 223.300
SUBTOTALES:													**$ 223.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 223.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.400	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 9.400
SUBTOTALES:									**$ 9.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES											
																												PENSIÓN									SALUD							ARP																						
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1057572686	RODRIGUEZ PEREZ NICOLAS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.760.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.218	105757268	$ 9.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 518.500**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141108575887

(415)7707212489984(8020) 000014110857588 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 7 5 7 2 6 8 6	4	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

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 5 7 5 7 2 6 8 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	PEREZ	NICOLAS	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

41. Dirección principal: CL 7 B 14 44

42. Correo electrónico: nicolas.rodriguez_perez@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 4 1 3 2 1 0	

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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 - 10 / 06 : 27: 59

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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, **NICOLAS RODRIGUEZ PEREZ** identificado con **CC** No. **1057572686**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 09/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 14/12/2024 **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): 202401019660302.

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

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Medicina Laboral
Los mejores estándares de calidad al servicio de su Organización

DR. WILSON RIVEROS MONTAÑA
Médico Cirujano. Univ. Nacional de Colombia
Salud Ocupacional. UPTC

Cédula ciudadanía: 9534963

CONTACTOS
3138309153 - 0387750615
wilsonriverosm.medocupacional@gmail.com
Carrera 9A No. 14 -77
Sogamoso (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



CIUDAD / DEPARTAMENTO:	SOGAMOSO, BOYACÁ	**FECHA:**	**DÍA:**	9	**MES:**	FEBRERO	**AÑO:**	2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLÁS RODRÍGUEZ PÉREZ							
TIPO DI.:	CÉDULA CIUDADANÍA	**No. DI.:**	1057572686		**EDAD:**	37 año(s) 2 mes (es) 14 día(s)	**SEXO:**	MASCULINO
EMPRESA:	INDEPENDIENTE (CÉDULA CIUDADANÍA: 0)							
CARGO:	INSTRUCTOR					**TIPO DE EXAMEN**		

IINGRESO:_SI_ EGRESO: __ PERIÓDICO PROGRAMADO: __ CAMBIO DE OCUPACIÓN: __ POSINCAPACIDAD: __ DE BASE: __ OTRO: __

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
Medicina Ocupacional	SI	Rx. Tórax	NO
Osteomuscular	SI	Rx. Col. Lumbo Sacra	NO
Optometría	SI	Psicología	SI
Laboratorios	Cuadro hemático. Glicemia. Colesterol total. Triglicéridos. HDL. LDL. VLDL.	Psicosensométrico	NO
Espirometría	NO	Cardiovascular. Fonoaudiología	SI
Audiometría	NO		
Visiometría	NO		
Tamizaje Visual	NO		
Electrocardiograma	NO		

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

Apto para el cargo que aspira	SI	Aplazado	//		
Apto para trabajo en alturas	//	Requiere nueva valoración	//		
Apto para espacios confinados	//	Requiere evaluar reubicación laboral	//		
Apto para continuar en el cargo	//	No apto para el cargo que aspira	//		
Apto para manipular alimentos	//	Puede egresar	//		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas	SI	Correción visual permanente	//	Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	//
Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.	SI	Dieta y ejercicio	SI	Revisar carnet de vacunación //	//
Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos	SI	Filtro solar facial	//	Protección naso – bucal con filtros adecuados	//
Evitar manipular herramientas de corte y precisión, trabajos con redes eléctricas, etc.	//	Uso de guantes antialérgicos	//	Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	//
Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.	//	Doble protección auditiva	//	Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	//
Valoración optometría	//	Conducir con ventanilla cerrada	//		
Visión lejana con corrección	//	Prótesis auditiva permanente	//		
Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.	//	Higiene de columna vertebral	SI		
Visión cercana con corrección	//	No cargas pesadas superiores a // kg. Bimanual	//		
Actualizar fórmula optométrica	//	Evitar movimientos bruscos, repetitivos y prolongados de //	//		
Filtro ocular solar, computador, etc.	SI	Pausas activas cada // horas por 5 a 10 minutos	//		
Fórmula optométrica con filtros especiales	//	Uso medias antivárices	//		

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

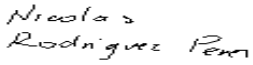
Remisión	SI												
Vigilancia Epidemiológica	SI	Ergonómico	SI	Auditivo	//	Visual	//	Cardiovascular	//	Respiratorio	//	Otro	

FUNCIONARIO RESPONSABLE:



WILSON RIVEROS MONTAÑA
Medicina especializada, Medicina Laboral
Registro Profesional: 15515/97--LSO0387/23

PACIENTE:



NICOLÁS RODRÍGUEZ PÉREZ



CERTIFICO QUE: 1. Asisto de manera libre, voluntaria y sin presiones a realizarme el Examen Médico Laboral para determinar mi Estado de Salud y Aptitud para el Cargo que aspiro. **2.** Se me informaron los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de practicarme dicho Examen. **AUTORIZO: 1.** A suministrar la información del Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. **2**. Que la información de mi historia clínica se use con fines estadísticos, realizar y presentar el informe de Condiciones de Salud a la Empresa. **3.** Al Médico A REALIZAR historia clínica y examen físico de acuerdo a los parámetros de Semiología Médica (me explicaron ampliamente, aclaré dudas). **ENTIENDO QUE: 1.** SI NO INFORMO adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas, por lo que no serán atribuibles al Médico. **2.** NO TRAMITO las Remisiones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud ajenas al actuar del Médico.

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

Re: Validación exámenes médicos

Diana Hernandez <dh227307@gmail.com>
Vie 13/09/2024 5:16 PM
Para:Nicolás Rodríguez Pérez <nicolas.rodriguez_perez@hotmail.com>

Cordial saludo, Respetado Nicolas,

Espero que se encuentre bien de salud.

De manera muy atenta, le informo que se valida el examen médico pre-ocupacional. El cual cumple vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual.

Nota: Por un inconveniente con el correo SENA doy respuesta con mi correo personal.

Cordialmente,

Diana Mercedes Hernandez Jiménez

El vie, 13 sept 2024 a la(s) 11:38 a.m., Nicolás Rodríguez Pérez (nicolas.rodriguez_perez@hotmail.com) escribió:

> Cordial Saludo:
>
> me permito enviar adjunto exámenes médicos para su respectiva validación. Agradezco la atención prestada.
>
> *Nicolás Rodríguez Pérez*
> *Ing. Industrial*
> *Esp. Salud Ocupacional*
> *Esp. Gerencia de Proyectos*
> *Tel: 320 3413210*
>
> ---
>
> **De:** Nicolás Rodríguez Pérez <nicolas.rodriguez_perez@hotmail.com>
> **Enviado:** jueves, 12 de septiembre de 2024 10:58 a. m.
> **Para:** dmhernandezj@sena.edu.co <dmhernandezj@sena.edu.co>
> **Asunto:** Validación exámenes médicos
>
> Cordial saludo:
>
> de acuerdo a directrices, me permito solicitar muy amablemente validación de exámenes médicos ocupacionales. Agradezco la atencion prestada

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, 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:

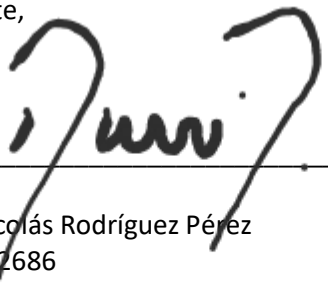
T.I.	**1145427749**	**Lucas Rodríguez Guerrero**	**HIJO**

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: Nicolás Rodríguez Pérez
C.C. 1057572686

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.145.427.749

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54541132

5454113 2

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D U Q

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

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO H. R. SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAM

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	GUERRERO

Nombre(s)

LUCAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes ENE Día 26	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaracion de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52598743-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GUERRERO TOTAITIVE EDNA MARGARITA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.057.572.288	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ PEREZ NICOLAS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.057.572.686	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUERRERO TOTAITIVE EDNA MARGARITA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.057.572.288	

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 FEB Día 08	CARLOS ARIEL PEREZ DIAZ - REGISTR
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

08.FEB.2016 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 9 FOLIO 0060.

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
SOGAMOSO - BOYACÁ

El suscrito Registrador Municipal del Estado Civil

CERTIFICA

que el presente documento es fotocopia autentica tomada del original que reposa en el despacho

Fecha: 09 FEB 2016

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

Afiliadora Copia Registro Civil
REGISTRADURIA 19084434-4

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner