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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Enero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**54413-687170**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	VELA CUBIDES MARTHA SOFIA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.033.690.082	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	msvela@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	488414793007
IP/Nº de contacto:	73905	**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7286269/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES- PROVEER LOS SERVICIOS TECNOLÓGICOS TEMPORALES PARA ASISTIR EN LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE LA SUBDIRECCIÓN DEL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**20/01/2025 Al 31/01/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 31.050.000
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 31.050.000
Valor Bruto Pago:	**$ 1.350.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 29.700.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.350.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.350.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 601.700**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1069194123**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 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		$ 135.000	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 39.341.210	$ 200.000	
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	601.700,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	944.200,00	
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	9.121,00	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	**$1.340.879,00**	

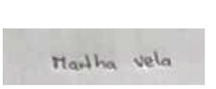
SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Producir los documentos relacionados con la gestión de la Subdirección del Centro.
2. Atender a los clientes internos y externos de acuerdo con las políticas de la organización.
3. Organizar la documentación de acuerdo con las Tablas de Retención Vigentes para la Subdirección del Centro de Gestión Administrativ
4. Tramitar viáticos y gastos de viaje de los funcionarios del Centro de Gestión Administrativa que requieran prestar sus servicios en
5. Apoyar en el seguimiento a las respuestas de PQRS del Centro de Gestión Administrativa.
6. Aplicar los procesos y procedimientos establecidos por la entidad, para la gestión documental relacionada con el objeto contractual
7. Dar cumplimiento a la circular 3-2023-000255 del 27 de diciembre de 2023 y la resolución 1-02689 del 26 de diciembre de 2023, corre
8. Las demás actividades que de mutuo acuerdo con el Supervisor, sean asignadas al contratista con ocasión de la ejecución del objeto

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



VELA CUBIDES MARTHA SOFIA
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,

MIGUEL ANGEL LOPEZ QUIROGA
TECNICO G01

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

24/01/25 09:42:02 USUARIO: SIC - C.C. 1033690082

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-17, 12:53:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1069194123

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

PAGADO 29/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA SOFIA VELA CUBIDES		
Documento	CC1033690082	**Dirección**	CR 73A SUR #66 A - 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	777777
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033690082	MARTHA SOFIA VELA CUBIDES	59	00		X															0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.100	$ 0	$ 385.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTHA SOFIA VELA CUBIDES identificado(a) con CC 1033690082 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	13/08/2015
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

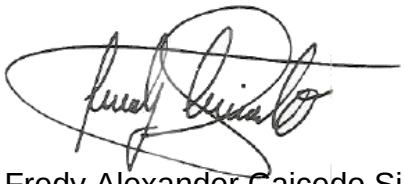
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 24 días del mes enero del 2025 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARTHA SOFIA VELA CUBIDES identificado(a) con C.C No. 1.033.690.082, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 24 de enero del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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, **MARTHA SOFIA VELA CUBIDES** identificado con **CC** No. **1033690082**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 21/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 20/01/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/12/2025 **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): 202501011671553.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14972351138

(415)7707212489984(8020) 000001497235113 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 3 6 9 0 0 8 2	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 3 6 9 0 0 8 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VELA	CUBIDES	MARTHA	SOFIA

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 66 A 11 SUR

42. Correo electrónico sofi.mart@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 7 2 4 2 6 8 0	3 1 1 2 8 9 2 5 0 8

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 2 9 9	2 0 2 0 0 1 0 6	8 5 4 3	2 0 2 4 1 1 3 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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 VELA CUBIDES MARTHA SOFIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **14/01/2025**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARTHA SOFIA VELA CUBIDES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1033690082**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488414793007**
Fecha de apertura	**10/06/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hace constar:

Que el Sr(a) VELA CUBIDES MARTHA SOFIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033690082 realizó el día 23/01/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

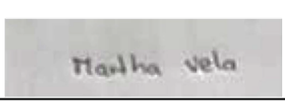
Yo VELA CUBIDES MARTHA SOFIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033690082 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) VELA CUBIDES MARTHA SOFIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033690082 el día 23/01/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 25 de enero 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.	**1034298573**	**Laura Natalia Gómez Vela**	**HIJO**
T.I.	**1024592448**	**Daniel Felipe Gómez Vela**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1023421226**	**Gabriel Jerónimo Gómez Vela**	**HIJO**

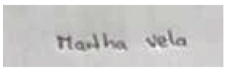
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Martha Sofia Vela Cubides
C.C. 1.033.690.082

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.034.298.573**

GOMEZ VELA

APELLIDOS

LAURA NATALIA

NOMBRES



Laura Gomez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

21-OCT-2028 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

07-NOV-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00986698-F-1034298573-20180315 **0060040197A 2** 48673054

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP **1034298573**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53337708

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [1001]

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	**VELA**

Nombre(s)

LAURA NATALIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes 06 Día 21	**FEMENINO**	**O**	**P**

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número de identificación del inscrito vivo
SOLICITUD RECONOCIMIENTO POR EL PADRE	**1043702?-3**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VELA CUBIDES MARTHA SOFIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCN?1033690082 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GOMEZ RINCON EDWIN ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCN?79.575.815 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ RINCON EDWIN ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CCN?79.575.815 DE BOGOTA	

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 2014 Mes ENE Día 20	

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

ESPACIO PARA NOTAS

SUSTITUYE AL SERIAL 50335746 POR RECONOCIMIENTO HECHO POR EL PADRE DEL INSCRITO. BOGOTA COLOMBIA EL LIBRO D EVARIOS 243 FOLIO 132. EL NOTARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA HERMANN PESCHKE FONROUGE NOTARIO (e) NOTARIA PRIMERA DE BOGOTA

REPUBLICA DE COLOMBIA HERMANN PESCHKE FONROUGE NOTARIO (e) NOTARIA PRIMERA DE BOGOTA

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE BOGOTA Es fiel Copia del Original dado a Bogotá D.C. Valida para REPUBLICA DE COLOMBIA HERMANN PESCHKE FONROUGE NOTARIO PRIMERO DE BOGOTA registrar parcialmente JUL 2014

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.024.592.448

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56469585

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 8 B

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

REGISTRADURIA DE CIUDAD BOLIVAR BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	VELA

Nombre(s)

DANIEL FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes SEP Día 11	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13700724-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VELA CUBIDES MARTHA SOFIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.033.690.082	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ RINCON EDWIN ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.575.815	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ RINCON EDWIN ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.575.815	

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 SEP Día 13	EDGAR SIERRA NIETO - REGISTRADOR. Nombre y Firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

13.SEP.2016 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 164 FOLIO 0036.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

OFI/PREG S.AS. NIT. 900.458.688-1 1502385/3

ESTA REPRODUCCION FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA.

VALIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO

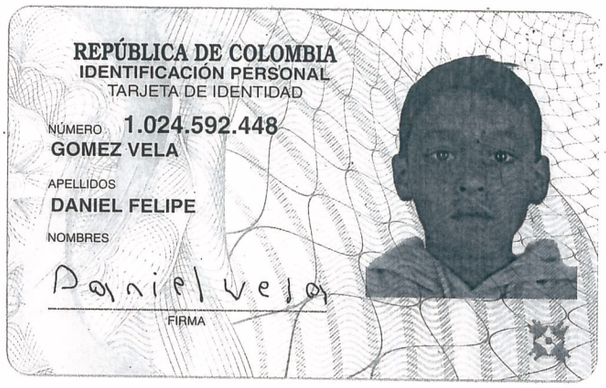
JOSE ARMANDO BOLIVAR SALGADO
REGISTRADOR AUXILIAR
LOCALIDAD CIUDAD BOLIVAR BOGOTA D.C.

FECHA 18 JUL 2022

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 32319760-8

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.024.592.448
GOMEZ VELA

APELLIDOS
DANIEL FELIPE

NOMBRES

Daniel Vela

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-2016
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-SEP-2034
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S \ RH
M
SEXO
12-SEP-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01395074-M-1024592448-20231115 0137193602A 2 8509483136

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1023421226

Indicativo Serial 9179937

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 56 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	VELA

Nombre(s)

GABRIEL JERONIMO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes AGO Día 10	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	166119102

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

VELA CUBIDES MARTHA SOFIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1033690082	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

GOMEZ RINCON EDWIN ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 79575815	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ RINCON EDWIN ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma (huella)
CC No. 79575815	

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

Año 2021 Mes AGO Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LIBRO DE VARIOS 230 DEL FOLIO 131; 1870872021

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 679

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	11 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	SENA
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)

VELA CUBIDES MARTHA SOFIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	36 AÑOS 2 MESES 30 DÍAS	CC	1033690082
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	OPTOMETRÍA	✓
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA-GLUCOSA EN SANGRE	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EVALUACION PSICOSOCIAL; PACIENTE APTA PARA EL CARGO.
GLICEMIA PRE 99.2MGRS/DL.
OPTOMETRIA: TRICROMATA, AV, ESTEREOSCOPICA NORMAL.

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

Dr. FRANKLIN ANDRES GUEVARA
Médico Cirujano
Médico Especialista en SST
REPUS - RM. CE. 289190
Licencia Ocupacional No. 6011 de 09/05/2018

Firma:

Nombre: GUEVARA VILLALBA FRANKLIN ANDRES

R. M.: 289190 **L.S.O.:** 6011 DE 09/05/2018

Código de Seguridad
J1261P1V679

Aspirante o Trabajador

Firma: Martha Sofia Vela

Nombre: VELA CUBIDES MARTHA SOFIA

CC: 1033690082
1033690082

Powered by CamScanner