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	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**46606-983462**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	IAN SANTIAGO RIOS HERRERA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.014.245.121	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	isrios@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17426436761
IP/Nº de contacto:	16063	**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:	7432947/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**6325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.528.280
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:	**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.622

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.658	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	**$ 3.219.658**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.863.392**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**74684088**
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		$ 321.966	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 621.000	
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	1.863.392,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.813.858,00	
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	27.182,00	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	**$3.192.476,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos y materiales de aprendizaje relacionados con las actividades formativas realizadas. Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, eficiencia y pertinencia en los programas Tecnológicos Técnicos, laborales y complementarios asignados, conforme a la programación establecida por las Coordinaciones académicas.

Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de aprendizaje, registro de juicio de evaluación y eventos relacionadas con el proceso de Formación entre otros.

Generar informes periódicos sobre el avance de las actividades asignadas y programadas en el plan de trabajo incluyendo reportes de resultados y productos entregados en las acciones formativas, conforme a las obligaciones contractuales.

Ejecutar actividades adicionales acordadas con el supervisor del contrato, siempre dentro del marco del objeto contractual.

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

IAN SANTIAGO RIOS HERRERA
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 MONTENEGRO CASTILLO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

18/02/25 20:17:15 USUARIO: SIC -

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-18, 08:30:25 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 74684088

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

PAGADO 31/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IAN SANTIAGO RIOS HERRERA		
Documento	CC1014245121	**Dirección**	CR 105D #64 C - 04 BARRIO EL MUELLE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0
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 1014245121	IAN SANTIAGO RIOS HERRERA	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.786.218	$ 285.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.786.218	$ 223.300	0,522	$ 1.786.218	$ 9.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.786.218	$ 35.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 554.300

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
$ 1.786.218	$ 1.786.218	$ 1.786.218	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 223.300	$ 9.400	$ 35.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 554.300	$ 0	$ 554.300

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

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 **IAN SANTIAGO RIOS HERRERA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1014245121** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1014245121
NOMBRES Y APELLIDOS	IAN SANTIAGO RIOS HERRERA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/04/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	244
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51
EMPLEADOR(ES)	CC 1014245121 IAN RIOS DESDE 01/02/2024

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **20/01/2025**

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) IAN SANTIAGO RIOS HERRERA identificado(a) con C.C No. 1.014.245.121, 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 18 de febrero 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141156538117

(415)7707212489984(8020) 000014115653811 7

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

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
RIOS	HERRERA	IAN	SANTIAGO

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 105 D 64 C 04

42. Correo electrónico: iantiago24@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 2 2 0 2 0 7	8 5 6 0	2 0 2 1 0 5 3 1	8 5 4 1			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 RIOS HERRERA IAN SANTIAGO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **IAN SANTIAGO RIOS HERRERA** identificado con **CC** No. **1014245121**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **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): 202501012662210.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Hace constar:

Que el Sr(a) IAN SANTIAGO RIOS HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014245121 realizó el día 18/02/2025 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 IAN SANTIAGO RIOS HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014245121 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

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

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

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

_____
Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) IAN SANTIAGO RIOS HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014245121 el día 18/02/2025 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

Certificación Bancaria

Martes, 18 de febrero de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que IAN SANTIAGO RIOS HERRERA identificado(a) con CC 1014245121, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	17426436761	2014-06-17	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de febrero de 2025

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.	**1011107456**	**LUNA GABRIELA RÍOS GÓMEZ**	**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: _Ian Santiago Ríos Herrera_____
C.C. _____1014245121_____

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

NUIP 1011107456

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51238716

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	38	☐	☐	☐	A1F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-BOGOTA D.C.-BOGOTA DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIOS	GOMEZ

Nombre(s)
LUNA GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes FEB Día 28	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA-BOGOTA D.C.-BOGOTA DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12617471-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GOMEZ RIAÑO HEISELL ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1016044284 de BOGOTA-D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
RIOS HERRERA IAN SANTIAGO-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1014245121 de BOGOTA D.C.-	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
RIOS HERRERA IAN SANTIAGO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1014245121 de BOGOTA-D.C.	

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 MAR Día 11	EDUARDO DURAN GOMEZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS
~~J.RICAURTE.L.V. F-93 T-194.~~ ENMENDADO:RIOS HERRERA IAN SANTIAGO, 1014245121 de BOGOTA D.C.SI VALE.

ESTE REGISTRO TIENE VIGENCIA PERMANENTE
ART. 2 - DECRETO 2.189 DE 1983
RODOLFO REY BERMÚDEZ
NOTARIO TREINTA Y OCHO (38) DEL CÍRCULO DE BOGOTA D.C.

EL NOTARIO TREINTA Y OCHO (38) DEL CÍRCULO DE BOGOTA D.C.
09 NOV 2018
Certifico que la presente fotocopia coincide con el original que reposa en esta Notaría
RODOLFO REY BERMÚDEZ
NOTARIO TREINTA Y OCHO (38) DEL CÍRCULO DE BOGOTA D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000392513

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 26/01/2023 08:24:43

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: IAN SANTIAGO RIOS HERRERA **C.C** 1014245121

EDAD 29 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR ADMINISTRATIVO



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☐	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☑		
Optometría	☑	**¿Cuáles?** HEMOGRAMA- PERFIL LIPIDICO					
Audiometría	☐						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ENFASIS CARDIOVASCULAR- ENFASIS MUSCULOESQUELETICO
VALORACION PSICOLOGIA- TEST PSICOMOTRIZ

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS/ USO DE LENTES PARA LABORAR
USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ NUTRICION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.
SE SUGIERE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS , SE RECOMIENDA INCLUIRLO EN EL PROGRAMA DE ESTRÉS PREVENTIVO , SST QUE TENGA LA COMPAÑÍA .

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 26/01/2023 08:24:43

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: IAN SANTIAGO RIOS HERRERA **C.C** 1014245121

EDAD 29 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR ADMINISTRATIVO



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 113367/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Informe valoración psicológica

Fecha: 26 ene de 2023	Empresa: Particular	Cargo: Auxiliar Administrativo
Nombre: Ian Santiago Ríos Herrera	CC: 1014245121	Edad: 29 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática			X		
Alteraciones del comportamiento				X	
Estado del animo				X	
SPA				X	

Valoración del riesgo

Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible	
Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud. (Se recomienda realizar pausas activas, incluirlo en el programa de estrés, regulación emocional, manejo del tiempo y SST)	X
Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.	

Daniela Estefanía Gómez Ávila
Esp. Psicología Ocupacional y Organizacional
Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Ávila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

CLINISUR IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Nombre:	Ian Santiago	ID de muestra:	1014245121
Apellido(s):	Rios Herrera	Hora de análisis:	2023/01/26 06:57
Edad:	29 Año	Tipo de muestra:	
Género:	Hombre		

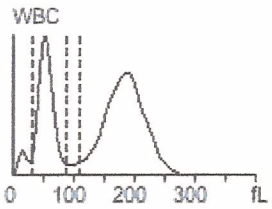
	Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1	**WBC**	**8,25**		**3,50-9,50**	**10^9/L**
2	Lym%	32,3		20,0-50,0	%
3	Gran%	66,0		50,0-70,0	%
4	Mid%	1,7	↓	3,0-9,0	%
5	Lym#	2,66		1,10-3,20	10^9/L
6	Gran#	5,45		2,00-7,00	10^9/L
7	Mid#	0,14		0,10-0,90	10^9/L
8	**RBC**	**5,41**		**4,30-5,80**	**10^12/L**
9	HGB	16,0		13,0-17,5	g/dL
10	HCT	50,1	↑	40,0-50,0	%
11	MCV	92,7		82,0-100,0	fL
12	MCH	29,5		27,0-34,0	pg
13	MCHC	31,9		31,6-35,4	g/dL
14	RDW-CV	12,8		11,5-14,5	%
15	RDW-SD	48,1		35,0-56,0	fL
16	**PLT**	**287**		**125-350**	**10^9/L**
17	MPV	9,6		7,0-11,0	fL
18	PDW	12,2		9,0-17,0	fL
19	PCT	0,275		0,108-0,282	%
20	P-LCR	25,1		11,0-45,0	%
21	P-LCC	72		30-90	10^9/L

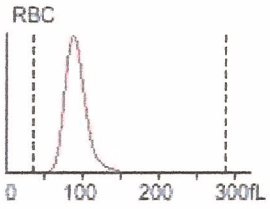
Mensaje WBC

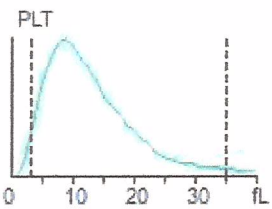
Mensaje RBC

Mensaje PLT

Observaciones:







Angela Rojas.

Dra. Angela Rojas
BACTERIOLOGA Y LAB. CLÍNICO
U.C.M.C.
C.C. 1 013 690 238

ANGELA LIZETH ROJAS LEYTON
BACTERIOLOGA UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
CC.1013690238

Tels: 2784705 - 3212889447 E-mail: clinisuripsl@clinisuripsl.com

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA CONNECTA

DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

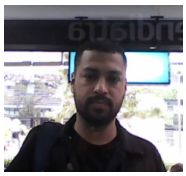
TELÉFONO: 6017424612 - 6017428691

EMAIL: citas.connecta@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-15

CC: 1014245121
Nombres y apellidos: IAN SANTIAGO RIOS HERRERA
Fecha de nacimiento: 30/06/1993
Edad: 30 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 15/03/2024
Fecha salida: 15/03/2024



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	92	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Dra. Tatiana Pérez Polo
BACTERIOLOGA
C.C Nº 1143357841

TATIANA IBETH PEREZ POLO
RM: N/A
Firma y sello del médico