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	**57923-030681**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	PABLO ANDRES CORDERO VEGA	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	8.801.025	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	pcordero@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	816733633
IP/Nº de contacto:	0000	**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 2024**	SI

¿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	SI
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:	7432960/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**5225**	**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	**$ 2.104.358**	**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		----------	**75052761**
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		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 702.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.104.358,00	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**	

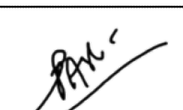
SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, a
2.Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proc
3.Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, forma
8.Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Fo
12.Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Fo
14.Apoyar actividades de divulgación y promoción de programas de formación, servicios tecnológicos y proyectos de cooperación, tanto
17.Aplicar las disposiciones vigentes en gestión documental, ajustando los procedimientos a las Tablas de Retención Documental de la
18.Velar por el adecuado uso de los ambientes de formación y recursos asignados, reportando el estado de estos y asegurando su manten
23. Implementar estrategias de formación inclusiva, considerando las necesidades específicas de la población objeto de formación,

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



PABLO ANDRES CORDERO VEGA
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)

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-18, 03:36:14 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 75052761

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

PAGADO 13/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PABLO ANDRES CORDERO VEGA		
Documento	CC8801025	**Dirección**	CRT 15 #14 - 17
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 APP	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 8801025	PABLO ANDRES CORDERO VEGA	59	00		X						X									0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

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.

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 **PABLO ANDRES CORDERO VEGA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **8801025** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 8801025
NOMBRES Y APELLIDOS	PABLO ANDRES CORDERO VEGA
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	01/03/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	339
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	39

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **18/02/2025**

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) PABLO ANDRES CORDERO VEGA identificado(a) con C.C No. 8.801.025 se encuentra afiliado(a) al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES CLASS INVERSIÓN Nit 830.070.784-6 desde 30 de septiembre del 2021.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el 18 de febrero del 2025.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital 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 141137290635

(415)7707212489984(8020) 000014113729063 5

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Galapa 2 9 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORDERO	VEGA	PABLO	ANDRES

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: CL 71 A BIS # 96 - 35 Int 4 Ap 404

42. Correo electrónico: filepablo@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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 CORDERO VEGA PABLO ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA 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, **PABLO ANDRES CORDERO VEGA** identificado con **CC** No. **8801025**, 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): 202501012470035.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 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) PABLO ANDRES CORDERO VEGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8801025 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 PABLO ANDRES CORDERO VEGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8801025 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) PABLO ANDRES CORDERO VEGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8801025 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

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 816733633

El Banco AV Villas certifica que: **Pablo Andres Cordero Vega**
identificado con el documento No. 8801025, tiene en la oficina CC PLAZA DORAL (806) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 816733633 desde el 12 de octubre de 2010.

Fecha de expedición: 18/02/2025

FORMATO CERTIFICACION 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:

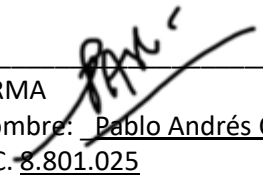
T.I.	**1141127390**	**Diego Andrés Cordero Vega**	**HIJO**

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: Pablo Andrés Cordero Vega
C.C. 8.801.025

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

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52668886

NUIP 1141127390

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 67 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D T Y

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

COLOMBIA ---- CUNDINAMARCA ---- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: CORDERO
Segundo Apellido: CAMACHO
Nombre(s): DIEGO ANDRES

Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes SEP Día 14
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: (+)

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

COLOMBIA ---- CUNDINAMARCA ---- BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 11662103-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CAMACHO LENIS OLIVA MARIA
Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA N° 22.657.942 BARRANQUILLA
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CORDERO VEGA PABLO ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA N° 8.801.025 GALAPA
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CORDERO VEGA PABLO ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA N° 8.801.025 GALAPA
Firma: X

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 2012 Mes SEP Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza: VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON EL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA NOTARÍA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO.

PARA ACREDITAR PARENTESCO
(Artículo 115 Decreto 1250 de 1970)

Dado en Bogotá, D.C. a: 12 DIC. 2015

NOTARÍA 67 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

26

REPÚBLICA DE COLOMBIA
JAIME ALEJANDRO ALVAREZ LOPEZ
NOTARIO ENCARGADO
67 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Scanned by CamScanner

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 281.403

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	10 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

CORDERO VEGA PABLO ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	41 AÑOS 2 MESES 17 DÍAS	CC	8801025
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ARCHIVISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON RECOMENDACIONES, CONDICION DE SALUD QUE REQUIERE RECOMENDACIONES MEDICAS

Observaciones: *APTO CON RECOMENDACIONES*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO	✓
GLICEMIA	✓	ENFASIS PSICOSOCIAL	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
	USO ADECUADO DE EPP	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA
	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA CARDIOVASCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	MANTENER DIETA BALANCEADA
	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS INFERIORES	HÁBITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AUNQUE EN EL MOMENTO NO PRESENTA LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE REGION LUMBAR SI PRESENTA LEVE DOLOR POR LO QUE SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS * , EN EL MOMENTO NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA EL OFICIO ACTUAL. NO OBSTANTE, NO ES POSIBLE ASEGURAR DE MANERA PROSPECTIVA, QUE BAJO CONDICIONES PARTICULARES DE TRABAJO, EN LAS CUALES SE LE EXIJAN MOVIMIENTOS REPETITIVOS O ESFUERZOS DE ESTE SEGMENTO CORPORAL NO SE VAYAN A PRESENTAR SÍNTOMAS DERIVADOS DE LO REFERIDO Y EVIDENCIADO EN CONSULTA

- ALTERNAR POSTURAS DE FORMA PERIODICA DURANTE LA JORNADA LABORAL CADA 2 HTRS POR 5 MINUTOS
- SE RECOMIENDA EVITAR REALIZAR ACTIVIDADES REPETITIVAS O PROLONGADAS DE REGION DE COLUMNA.
- PUEDE REALIZAR ALGUNAS TAREAS DE SU TRABAJO EVITANDO MOVILIZARSE POR ESCALERAS POR MAS (DE (1 O 2) CICLOS POR HORA), APLICANDO ESTÁNDARES DE DESPLAZAMIENTO SEGURO.

- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
- INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
- PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
- REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.

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

Médico



Firma:

Nombre: BORDA LEIDY

R. M.: 52966805 **L.S.O.:** 15371-27/12/2021

Código de Seguridad B652H1N281403

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CORDERO VEGA PABLO ANDRES

CC: 8801025

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012

Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



EXAMEN DE OPTOMETRIA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 135,740

Fecha: 11/10/2024 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 8801025 **Nombre:** CORDERO VEGA PABLO ANDRES **Edad:** 41 AÑOS 2
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** ARCHIVISTA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SURA **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 3 AÑOS
Lugar del Último Examen: . **Motivo Consulta:** EXAMEN OCUPACIONAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
CIRUGIAS OCULARES	NO
USO CORRECCION OPTICA	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

RX EN USO

OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD
OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

EXAMEN EXTERNO

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

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **ORTO**
VISIÓN PROXIMA: **X**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NO REVISADO**

OFTALMOSCOPÍA

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

CAMPO VISUAL POR CONFRONTACIÓN

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

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **N** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **N** AV VL 20/ **20**

VISIÓN COLOR

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

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **50SEG**

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

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

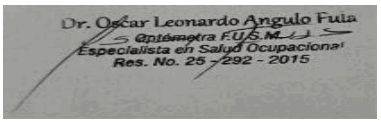
CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: ANGULO FULA OSCAR LEONARDO

R. M.: 79896705 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

W652C3I135740

PACIENTE



Firma:

Nombre: CORDERO VEGA PABLO ANDRES

CC: 8801025

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012

Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Fecha:** 11/10/2024

Número de Identificación: 8801025 **Nombre:** CORDERO VEGA PABLO ANDRES **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 25/07/1983 **Edad:** 41 AÑOS 2 MESES 17 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	79 **mg/dL**	65- 100 mg/dL
METODO	ESPECTROFOTOMETRIA	
OBSERVACIONES		

Bacteriólogo

Firma:



Nombre: ELSY CAROL DURAN LEONOR
RM: 23881930

Codigo de Seguridad
K652Q32W425432

Paciente

Firma:



Nombre: CORDERO VEGA PABLO ANDRES
CC: 8801025