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	**85551-580990**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.971.213	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mlagos@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24077805319
IP/Nº de contacto:	0	**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:	7432946/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**5825**	**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		----------	**9479102234**
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

1.Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, al
2.Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proce
3.Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, format
8.Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de For
12.Cumplir con las disposiciones sobre protección de datos personales, ajustándose a lo establecido en el Acuerdo 009 de 2016 del SENA
14.Apoyar actividades de divulgación y promoción de programas de formación, servicios tecnológicos y proyectos de cooperación, tanto c
17.Aplicar las disposiciones vigentes en gestión documental, ajustando los procedimientos a las Tablas de Retención Documental de la c
18.Velar por el adecuado uso de los ambientes de formación y recursos asignados, reportando el estado de estos y asegurando su manteni
23.Implementar estrategias de formación inclusiva, considerando las necesidades específicas de la población objeto de formación, garar

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí



MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO
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)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52971213		LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 79 D # 57i-03 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7804768	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1246133184	9479102234	I	2025/01/07	2025/02/05	NEQUI	29	$384,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 52971213	LAGOS MARIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52971213		LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 79 D # 57i-03 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7804768	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1246133184	9479102234	I	2025/01/07	2025/02/05	NEQUI	29	$384,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$3,900	$0	$211,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$3,900	$0	$211,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$200	$0	$7,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$200	$0	$7,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$3,000	$0	$165,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$3,000	$0	$165,500
TOTAL				1	$377,300	$7,100	$0	$384,400

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Maria Andrea Lagos Vaquiro, identificado(a) con CC número 52971213, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52971213
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Andrea Lagos Vaquiro
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/12/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 Tiene El Servicio Suspendido
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	18 - Inconsistencias En Pagos De Cotizacion Obligatoria
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2008
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	503 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	575 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/12/2010
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52971213 MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO Desde 22/10/2024 - Vigente N.I.T. 860008010 SOCIEDADSALESIANA Desde 06/03/2024 Hasta 24/10/2024CEDULA DE CIUDADANIA 52971213 MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO Desde 16/11/2023 Hasta 31/03/2024

Generado por interfaces 07/02/2025

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.971.213**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141137736401

(415)7707212489984(8020) 000014113773640 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 7 1 2 1 3	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	5 2 9 7 1 2 1 3	

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
LAGOS	VAQUIRO	MARIA	ANDREA

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 79 D 57 I SUR 03 BRR KENNEDY PORVENIR

42. Correo electrónico: andrea.lagosvaquiro@gmail.com

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

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 2	2 0 2 4 0 3 0 5	8 5 4 1	2 0 2 4 0 3 0 5				1 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	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 LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA

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, **MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO** identificado con **CC** No. **52971213**, 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): 202501012634729.

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52971213 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 MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52971213 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) MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52971213 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

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO Identificado con CC 52971213

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CASABLANCA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24077805319
Fecha de apertura:	3 de Octubre de 2017
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 05 de Febrero de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

en SALUD
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MEDICINA ESPECIALIZADA Y ULTRASONIDO

Impreso con *MedSystem*
Cra 21 # 23–26 Sur, Bogotá, Colombia
Tel: 300 523 1062 - 324 339 2138
NI: 901467404

Certificado de Aptitud Laboral

901467404-5 - Pacientes Particulares - EN SALUD

Paciente	**MARIA ANDREA LAGOS VAquiro**
CC	52971213
Edad	40 años y 11 meses
Ocupación	CONTRATISTA
Examen	**Ingreso**
	mar., 19 de dic. 2023
	Osteomuscular



Servicios realizados

Audiometría | Ocupacional | Visiometría

Pruebas de Laboratorio

Glicemia | Colesterol total | Trigliceridos

Concepto

Tipo de Concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis del examen: Osteomuscular

Generación: mar., 19 de dic. 2023

Observaciones y/o recomendaciones

SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION VISUAL.
SE RECOMIENDA REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.
PAUSAS ACTIVAS. HABITOS SALUDABLES.
HIGIENE POSTURAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA. CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.
ALIMENTACION HIPOGRASA.

Khatherine Brigette Blanco Arambulo
CE: 729744
Médico Especialista en gerencia de seguridad y salud en el trabajo
RM: 729744 - LSO: 4072/2023

MARIA ANDREA LAGOS VAquiro
CC: 52971213
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

Cendiatra

PSICOSOCIAL

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCION:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELEFONO: 2038694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-15

CC: 52971213
Nombres y apellidos: MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO
Fecha de nacimiento: 29/12/1982
Edad: 41 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTORA
Fecha ingreso: 15/10/2024
Fecha salida: 15/10/2024
Teléfono acompañante:



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACION DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RAPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

• SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.

OBSERVACIONES:

DE ACUERDO CON EL TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO A LA FECHA, NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL, POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA.

NOTA: ESTE TEST CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UN TEST DIAGNÓSTICO.

SECCIÓN 2
ADJUNTA FORMATO:

ANA MARIA LUQUE RAMIREZ
RM: 156592
Firma y sello del médico

MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO
CC: 52971213
Firma del paciente

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 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:

NUIP - NIP	**1145935122**	**EMMANUEL MARTIN GOMEZ LAGOS**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

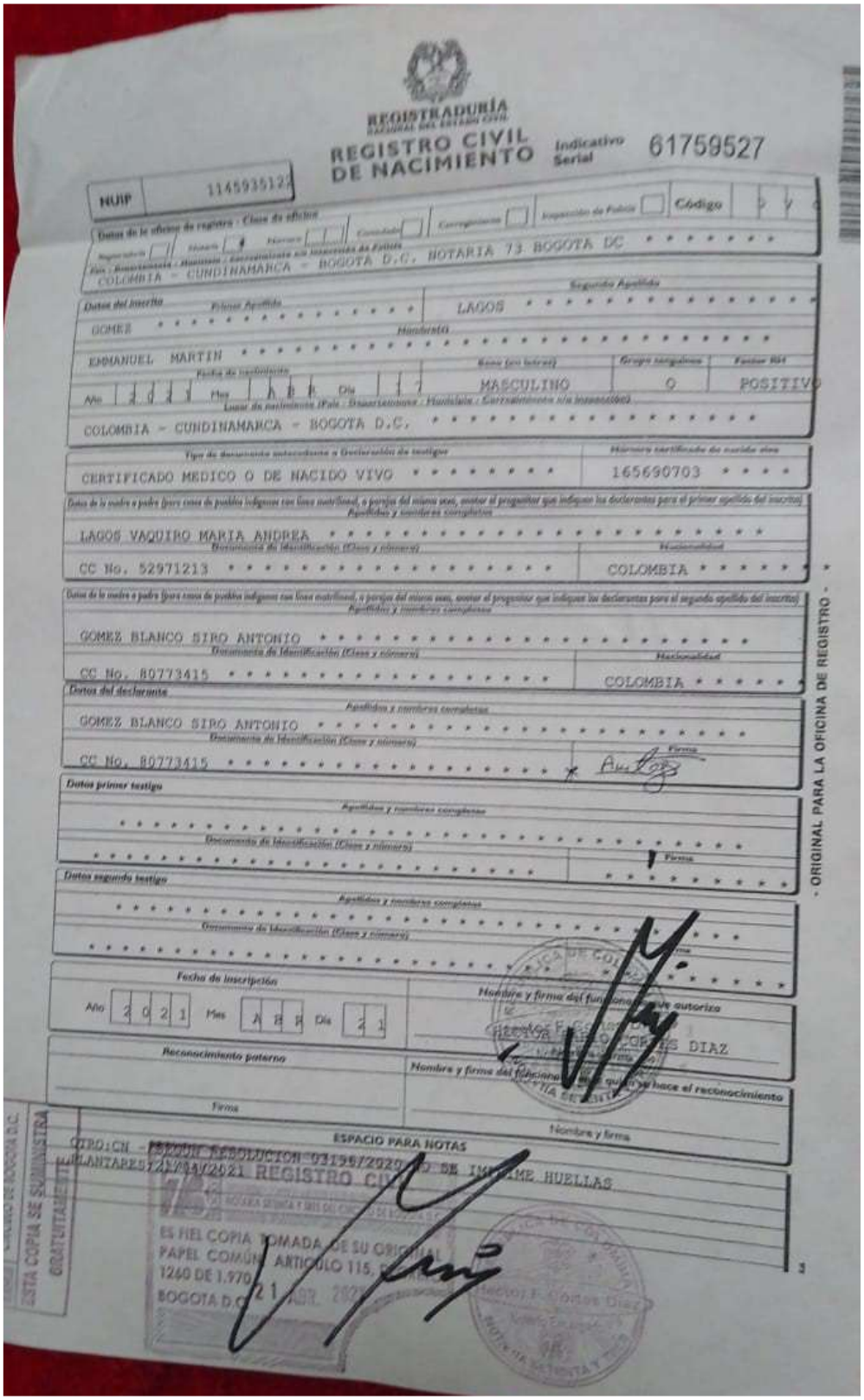
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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: MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO
C.C. 52971213



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61759527

NUIP 1145935122

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 73 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido: GOMEZ

Segundo Apellido: LAGOS

Nombre: EMMANUEL MARTIN

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes MAR Día 17

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 165690703

Datos de la madre o padre (para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, acatar el preguntar que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 52971213

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, acatar el preguntar que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GOMEZ BLANCO SIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 80773415

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ BLANCO SIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 80773415

Firma

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 MAR Día 21

Hombre y firma del funcionario que autoriza

Reconocimiento paterno

Firma

Hombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:SI - SEGUN RESOLUCION 03196/2020 NO SE IMPRIME HUELLAS

ANTAREST:21/04/2021 REGISTRO CIV

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL EN PAPEL COMÚN ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1.970

BOGOTA D.C. 21 ABR. 2021

ESTA COPIA SE SUMINISTRA GRATUITAMENTE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -