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	**04560-805833**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO	**Banco a consignar:**	
Cédula de Ciudadanía	53.070.064	**Tipo de cuenta:**	
Correo electrónico:	cmneusa4@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	
IP/Nº de contacto:	3144475645	**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**	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:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7432988/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**8425**	**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	Honorarios profesionales a persona NO declarante d	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		----------	**0**
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

EL CONTRATISTA apoyará el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas.

Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integral.

Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades a la coordinación.

Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices.

Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices y el reconocimiento de aprendizajes

Gestionar oportunamente los informes mensuales (planillas, reportes, formatos) requeridos sobre las acciones encomendadas.

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

CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO
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,

LUIS ALEJANDRO CARREÑO HERNANDEZ
INSTRUCTOR

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)

20/02/25 23:36:33 USUARIO: SIC - C.C. 53070064

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53070064
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 101 A NO 131 B 21	TELÉFONO:	6808142
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7951062140**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/01/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1177226114

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 53070064	NEUSA ROMERO CLAUDIA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.786.218				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	53070064	$ 6.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 377.300**

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO identificado(a) con Cedula Ciudadania 53070064, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190213	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE SENA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27931125

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.070.064**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 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 141156179904

(415)7707212489984(8020) 000014115617990 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 0 7 0 0 6 4	3	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 3 0 7 0 0 6 4	

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
NEUSA	ROMERO	CLAUDIA	MARCELA

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 101 A 131 B 21 BRR AURES I

42. Correo electrónico marcelaneusa@gmail.com

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

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 1 3 0 1 0 1	8 5 4 1	2 0 1 3 0 1 0 1	6 9 2 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 NEUSA ROMERO CLAUDIA MARCELA

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, **CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO** identificado con **CC** No. **53070064**, 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:** 19/12/2025 **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): 202501012711046.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 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) CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53070064 realizó el día 19/02/2025 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 CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53070064 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) CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53070064 el día 19/02/2025 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

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4382022317 , con fecha de apertura 8 de Enero de 2019 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 53.070.064

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Febrero de 2025 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

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:

C.C.	**23823102**	**MARIA ISABEL ROMERO**	**MADRE**
C.C	**19253768**	**ELIAS NEUSA ROMERO**	**PADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: __CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO__
C.C. ___53.070.064 de Bogotá _____

LA SUSCRITA CONTADORA DIANA MARCELA GARZON GAMBOA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 52.168.254 DE BOGOTÁ, Y TARJETA PROFESIONAL NÚMERO 126942-T.

C E R T I F I C A

Que para efectos de beneficio deducible de la base sujeta a retención en la fuente del 10% de los ingresos laborales brutos, norma establecida en numeral 4 del parágrafo 2 del art. 387 del (ET) Estatuto Tributario, el señor **ELIAS NEUSA ROMERO** identificado con cedula de ciudadanía No. **19.253.768** De Bogotá reside en Bogotá, y la señora **MARIA ISABEL ROMERO CASTRO** identificada con cedula de ciudadanía No. **23.823.102** de Nuevo Colon Boyacá que son los padres de **CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO** identificada con cedula de ciudadanía No. **53.070.064** de Bogotá De ocupación contratista.

Que en la actualidad los señores antes mencionados no obtienen ingresos propios y que son adultos mayores, por lo cual se cumplen los criterios para que el señor **ELIAS NEUSA ROMERO** y la señora **MARIA ISABEL ROMERO CASTRO** puedan figurar como dependientes de la señora **CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO.**

La presente certificación se expide para que sea presentada por la señora **CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO** ante el departamento de supervisión de contratos de la empresa en la cual se encuentra vinculada actualmente como contratista.

En constancia de lo anterior firmo en Bogotá, a los 20 días del mes de febrero de 2025.

CORDIALMENTE,



DIANA MARCELA GARZON GAMBOA
C.C. 52.168.254 DE BOGOTÁ
T.P. 126942-T

FIRMA DEL TITULAR 48566

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

LOGOFORMAS S.A. 1066 09/2006

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



126942-T

DIANA MARCELA
GARZON GAMBOA
C.C. 52168254
RESOLUCION INSCRIPCION 142 FECHA 07/06/2007
UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 137131

LOS MESES	SEPT. 09	OCTUBRE 10	NOV. 11	DIC. 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

9001878

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica	(2) Parte compl.
8 5 0 2 0 3	30 053.

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)	(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría	(5) Código
	NOTARIA DIECISIETE XXXXXX	BOGOTA XXXXXXXXXXXXXXX	1017

SECCION GENERICA

INSCRITO	(6) Primer apellido: NEUSA XXXXX	(7) Segundo apellido: ROMERO XXXXX	(8) Nombres: CLAUDIA MARCELA XXXXXXXX			
O	(9) Masculino o Femenino: FEMENINO	(10) Masculino ☐ Femenino ☒	FECHA DE NACIMIENTO	(11) Día: 03	(12) Mes: FEBRERO	(13) Año: 1.985
LUGAR DE NACIMIENTO	(14) País: COLOMBIA XXXX	(15) Departamento, Int., o Com.: CUNDINAMARCA XX	(16) Municipio: BOGOTA, D.E. XXXXXXXXXX			

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO "LORENCITA VILLEGAS" XX		(18) Hora: 9:50	
	(19) Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO MEDICO XXXXXXXX	(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: JORGE E. ORJUELA XXXXX	(21) No. Ticket: 800	
MADRE	(22) Apellidos (de soltera): ROMERO XXXXXXXXXXXXXXXXX	(23) Nombres: MARIA ISABEL XXXXXXXXX	(24) Edad actual: 32	
	(25) Identificación (clase y número): C.C. #23.823.102 DE NUEVO COLON (BOYACA)XX	(26) Nacionalidad: COLOMBIANA	(27) Profesión u oficio: HOGAR XXXXXXX	
PADRE	(28) Apellidos: NEUSA ROMERO XXXXXXXXXXXX	(29) Nombres: ELIAS XXXXXXXXXXXXXXX	(30) Edad actual: 30	
	(31) Identificación (clase y número): C.C.#19.253.768 DE BOGOTA XXXX	(32) Nacionalidad: COLOMBIANA	(33) Profesión u oficio: CONDUCTOR XXX	

DECLARANTE	(34) Identificación (clase y número): C.C.#19.253.768 DE BOGOTA XXXX	(35) Firma (autógrafa): Elias Neusa R.	
	(36) Dirección postal y municipio: DIAGONAL 67 No. 84A. 33 XXXXXXX	(37) Nombre: ELIAS NEUSA ROMERO	
TESTIGO	(38) Identificación (clase y número): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(39) Firma (autógrafa): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	(40) Domicilio (Municipio): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(41) Nombre: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
TESTIGO	(42) Identificación (clase y número): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(43) Firma (autógrafa): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	(44) Domicilio (Municipio): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(45) Nombre: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)		
	(46) Día: 19	(47) Mes: FEBRERO	(48) Año: 1.985

(49) Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIO DIECISIETE D.E.
BOGOTA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10 – 0 V1/77

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 23.823.102

ROMERO CASTRO

APELLIDOS

MARIA ISABEL

NOMBRES

M. Isabel R.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAY-1952**

NUEVO COLON
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-ENE-1974 NUEVO COLON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

R-1500150-01422965-F-0023823102-20240226 **0138**08549A 2 8511064391

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.253.768**

NEUSA ROMERO

APELLIDOS

ELIAS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1954**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

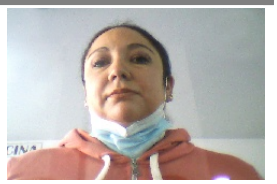
1.75	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-ENE-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00066543-M-0019253768-20080906 **00030**64067A 1 1250011006

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 53070064-198470

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/01/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO	**Identificación:**	53070064
Género	FEMENINO **Edad:** 38	**Teléfono**	******* **Móvil:** 3144475645
Fecha Nacimiento:	3/02/1985	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 101 A NO 131 B 21	**ARL:**	
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	
Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TEST PSICOMETRICO	APTO.
OPTOMETRIA	USO DE LENTES VISION OCASIONAL, CONTROL ANUAL, PROTECCIÓN OCULAR.
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL /PAUSAS ACTIVAS Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS FRECUENTEMENTE/ EJERCICIOS VISUALES PARA EVITAR FATIGA OCULAR/USAR ELEMENTOS DE PROTECCION SEGÚN MATRIZ DE PELIGRO CONTROL/ PREVENTIVO ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.
GLICEMIA	se realizó
PERFIL LIPIDICO	se realizó
CUADRO HEMATICO	se realizó
ANEXO CARDIOVASCULAR	SIN ALTERACION PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

DR. CARLOS J. CABRALES ROJAS
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 4948-13

CARLOS JULIO CABRALES ROJAS

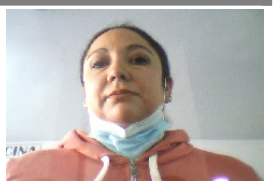
CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO 53070064

Firma y cédula del Paciente

4948-13

Médico Especialista en Salud Laboral

LABORATORIO CLÍNICO



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
900139947-2

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 27/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO
Género FEMENINO **Edad:** 38
Fecha Nacimiento: 3/02/1985
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 101 A NO 131 B 21
Empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 53070064
Teléfono ******* **Móvil:** 3144475645
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad: ESPECIALIZACION

Informe de Laboratorio: 198470

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
CUADRO HEMATICO			se realizó
HEMOGRAMA			
ERITROCITOS	4.900.000 mm3	Hombres de 4.500.000 a 5.500.000 mm3 - Mujeres: de 3.500.000 a 4.500.000 mm3	
R. HEMATOCRITO	44.6 %	Hombres: 42 a 54% - Mujeres 37 a 48%	
R. HEMOGLOBINA	13.9 g/dl	Mujeres: 12 a 16 g/dl Hombres: 14 a 18 g/dl	
V.C.M.	91 u3	De 79 a 98 u3	
H.C.M.	28.4 pg	De 27 a 34 pg	
C.H.C.M.	31.2 %	de 32 a 36 %	
PLAQUETAS	308.000 mm3	De 150.000 a 450.000 mm3	
LEUCOGRAMA			
LEUCOCITOS.	7900 mm3	de 4300 a 10800 mm3	
NEUTRÓFILOS	52.2 %		
LINFOCITOS	44.1 %		
MONOCITOS	3.7 %		
EOSINOFILOS	0 %		
BASOFILOS	0 %		
LIC			
ALY			
V.S.G	3 mm/hora	Hombres: De 1 a 13 mm/hora - Mujeres: De 1 a 20 mm/hora	
GLICEMIA	85mg/dl	65 - 110 mg/dl	se realizó
PERFIL LIPIDICO			se realizó
COLESTEROL TOTAL	145 mg/dl	hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	36 mg/dl	Mayor de 40 mg/dl	
COLESTEROL LDL	86 mg/dl	Hasta 150 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	113 mg/dl	Hasta 150 mg/dl	

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

DRA. GLORIA GIRONZA POTES
BACTERIOLOGA
REG. 51.991.430

GLORIA ELIZABETH GIRONZA POTES	51991430	CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO	53070064
Profesional		Firma y cédula del Paciente	

Grupo Ocupacional salud integral empresarial	**CONCEPTO DE VALORACIÓN PSICOLOGICA PARA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE HABILIDADES**	**Código**: FR- 01
		Versión: 01
	FORMATO ADMINISTRATIVO Y TECNICO	**Emisió**n: 01/06/2019

PRUEBAS APLICADAS PARA EL CARGO:	
BG3	**X**
CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE ESTRÉS	**X**
WARTEGG	**X**

Se puede establecer que:

APELLIDOS Y NOMBRES	NEUSA ROMERO CLAUDIA MARCELA	**EDAD**	37 AÑOS
EMPRESA	SENA	**FECHA DE EVALUACIÓN**	ENERO 27 / 2023
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53070064	**CARGO AL QUE ASPIRA**	INSTRUCTOR

A continuacion se describiran de manera cualitativa los resultados obtenidos para el trabajador y las respectivas sugerencias dadas para la adecuada ejecucion de su actividad como PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO:

PUNTUACIONES
(Numericas : calificacion de baterias / Cuantitativas: rasgos descriptores):
ALTA (7-10) MEDIA (4-6) BAJA (0-3)

ITEM	HABILIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA HABILIDAD	CALIFICACIÓN ALTO	MEDI	BAJO	INTERPRETACION CUALITATIVA
1	**RAZONAMIENTO Y ANALISIS**	Eficacia para detectar problemas, buscar datos pertinentes al rspecto, identificar la informacion relevante y encontrar las posibles causas del mismo, con destino a la optimizacion. Raciocionio y captacion mental eficaz.				Evidencia una puntuacion acorde en las valoraciones especificas para su cargo, denota un nivel adecuado para las habilidades requeridas a nivel de percepcion visomanual
2	**AUTODISCIPLINA**	Habilidad que posibilita ver el cumplimiento de procedimientos y manejo de autoridad frente al cargo a desempeñar.				Se evidencia reservada, con relaciones interpersonales acorde y amable. Con alta proyeccion a futuro.
3	**MANEJO DEL ESTRÉS**	Habilidad mediante la cual se evidencia un mantenimiento firme del carácter, para trabajar o actuar bajo presión y/o oposición a los propios intereses y acciones. Se traduce en respuestas controladas en situaciones que generen tensión.				Nivel de estrés se halla en rango adecuado sin incidencia en ningun area.
4	**AUTOCONTROL**	Capacidad de regulación y ordenamiento de los impulsos, pensamientos y de las acciones, a fin de alcanzar un mayor equilibrio personal y social, que le permita al trabajador la realización de su tarea, ajustándose voluntariamente a parámetros sociales y laborales correctos				Refleja un nivel acorde de alto auto y hetero control
5	**MANEJO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS Y RELACIONES INTERPERSONALES ASERTIVAS**	Capacidad que tiene la persona para solucionar conflictos o problemas que surgen de su relación con otras personas, a través de una actitud respetuosa y logrando una buena comunicación y la finalización de roces o inconvenientes de manera objetiva y radical. Capacidad de negociación y resolución de desacuerdos y situaciones de manera asertiva. Interrelación respetuosa en diferentes contextos.				Muestra asertividad en la resolucion de conflictos. Analitica.

CONCEPTO	**APTO**

SUGERENCIAS: Talleres propios en su cargo para optimizar su desempeño

Jessica A. Rincon N.
Esp. en Psicología
Ocupacional y Organizacional
C.C. 52 808 410