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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	920910
Fecha Elaboración	23 de Febrero de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	56721-223978

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ADRIANA MILENA PATARROYO CASIBLANCO	Banco a consignar:	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	52.747.207	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	adriana.patarroyo07@gmail.com	Número de Cuenta:	450082755
IP/Nº de contacto:	14758	Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7419223/2025	Nº Compromiso SIIF	11625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	1

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ³N DE SERVICIOS PROFESIONALES AUTÃ³NOMOS E INDEPENDIENTES

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	10/02/2025	Al	26/02/2025	Saldo Anterior del Contrato:	$ 49.674.719
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	$ 49.674.719
Valor Bruto Pago:		$ 4.292.877,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 45.381.842

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.292.877	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	$ 4.292.877	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.434.089	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		----------	9481064654
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.717.151	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.000	$ 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		$ 120.000	
Dependientes hasta		$ 429.288	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 3.278.434	$ 811.000	
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	2.434.089,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.803.377,00	
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	36.741,00	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	$ 4.256.136,00	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación ficha 3065901 competencia Proyectar necesidades

Impartir formación ficha 3145602 competencia Proyectar necesidades

Impartir formación ficha 299651 competencia Estructurar cargos y competencias

Impartir formación ficha 3065901 competencia Proyectar necesidades

Impartir formación ficha 2996353 competencia Dirigir el T.H

Impartir formación ficha 3035986 competencia Apoyar Actividades de Planeación

Impartir formación ficha 3035986 competencia Sistematización de Datos

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

ADRIANA MILENA PATARROYO CASIBLANCO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

23/02/25 22:02:11 USUARIO: SIC - C.C. 52747207

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 Adriana Milena Patarroyo Castiblanco, identificado(a) con CC número 52747207, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52747207
NOMBRES Y APELLIDOS	Adriana Milena Patarroyo Castiblanco
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/07/1983
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	51 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/11/2024
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52747207 ADRIANA MILENA PATARROYO CASTIBLANCO Desde 30/01/2025 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 52747207 ADRIANA MILENA PATARROYO CASTIBLANCO Desde 01/02/2024 Hasta 30/09/2024

Generado por interfaces 20/02/2025

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PATARROYO CASTIBLANCO ADRIANA MILENA** identificado(a) con **CC** número **52.747.207** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de septiembre de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025022009475

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, **ADRIANA MILENA PATARROYO CASTIBLANCO** identificado con **CC** No. **52747207**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 12/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 26/12/2025 **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): 202501012638617.

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14888779508

(415)7707212489984(8020) 000001488877950 8

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

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
PATARROYO	CASTIBLANCO	ADRIANA	MILENA

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: TV 70 C SUR 68 33 IN 10 AP 102

42. Correo electrónico: adriana.patarroyo07@gmail.com

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

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PATARROYO CASTIBLANCO ADRIANA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 52747207		PATARROYO CASTIBLANCO ADRIANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 70 CSUR N 68-33 INT 10 APTO 102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7179363	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1229631737	9481064654	I	2025/02/04	2025/01/30	BANCO CAJA SOCIAL	0	$13,900

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)					$47,450	$7,600			$47,450	$6,000			$0	$0			$47,450	$300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$47,450	$7,600			$47,450	$6,000			$0	$0			$47,450	$300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$47,450	$7,600			$47,450	$6,000			$0	$0			$47,450	$300		$0	$0
1	CC	52747207 PATARROYO ADRIANA	230201	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$6,000		0	$0	$0	14-23	1	$47,450	$300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$47,450	$7,600			$47,450	$6,000			$0	$0			$47,450	$300		$0	$0

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 52747207		PATARROYO CASTIBLANCO ADRIANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 70 CSUR N 68-33 INT 10 APTO 102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7179363	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1229631737	9481064654	I	2025/02/04	2025/01/30	BANCO CAJA SOCIAL	0	$13,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,600	$0	$0	$7,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$7,600	$0	$0	$7,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,000	$0	$0	$6,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$6,000	$0	$0	$6,000
TOTAL				**1**	**$13,900**	**$0**	**$0**	**$13,900**



¡Hola, adriana patarroyo!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1229631737
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9481064654
Valor de la Transacción: $ 13.900
Fecha de Transacción: 30/01/2025

Hace constar:

Que el Sr(a) ADRIANA MILENA PATARROYO CASIBLANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52747207 realizó el día 17/02/2025 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 ADRIANA MILENA PATARROYO CASIBLANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52747207 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) ADRIANA MILENA PATARROYO CASIBLANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52747207 el día 17/02/2025 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

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7643001
Email: contactenos@cendiatra.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE 2	**DIRECCIÓN**	Av. Cra. 68 No. 17 - 96, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2024-01-02	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos ADRIANA M. PATARROYO C. Identificación CC Nro 52747207

Fecha de Nacimiento 1983-07-08 Edad 40 Sexo F

Empresa PACIENTE OCASIONAL

Cargo INSTRUCTOR

Fecha Ingreso 2024-02-01 09:20:50 Fecha Salida 2024-02-01 13:59:42

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARD!OVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	PSICOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA: si

Observaciones:
ANUAL.

OTRAS: NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS: NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Freddy Torres
Médico Ocupacional

FREDDY RICARDO TORRES ESCORCIA
RM: 1047386810
Firma y sello del médico

ADRIANA M. PATARROYO CASTELLANOS
C.C. 52747207

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 01/02/2024
EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE: ADRIANA MILENA PATARROYO CASTIBLANCO
CÉDULA: 52747207
EDAD: 39 **CARGO:** INSTRUCTOR

CARACTERISTICASDEPERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO:

Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, 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.

OBSERVACIONES

De acuerdo a 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 diagnostico

Sonia Pachón Vargas
Psicóloga - TP 146153
Lic. SST 798 de 2019

FIRMA DEL EVALUADOR:

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega: 2024-02-01

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre y Apellido	ADRIANA MILENA PATARROYO CASTIBLANCO		
identificación	CC	**No. Documento**	52747207
Fecha de Nacimiento	1983-07-08	**Edad**	39 años 7 meses 0 días
Sexo	F	**Empresa**	PACIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2024-02-01 08:35:00	**Sede**	CENDIATRA OCCIDENTE 2

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	90	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126

ANALISIS

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	5.17	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	14.5	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	47.82	%	36.0-52.0%
VCM	93	fl	76-96fl
HCM	28	pg	27.0-32.0pg
CHCM	30.3	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	13.6	%	<15.0%
LEUCOCITOS	8.790	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	73.6	%	50-70%
LINFOCITOS	21.3	%	25-40%
MIXTAS	5.1	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	6.470	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	1.870	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	450	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	299.000	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	249	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	186	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	57	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	154.8	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega: 2024-02-01

Rocío del Pilar Tovar Oyola
Bacterióloga
Cod. 1017190683

ROCIO DEL PILAR TOVAR OYOLA
1017190683
Firma y sello del médico evaluador

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2024/02/01
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE 2	**DIRECCIÓN**	Av. Cra. 68 No. 17 - 96, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN:	2024-02-01	**TIPO DE EXAMÉN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PAC I EN T E

Nombres y Apellidos	ADRIANA M. PATARROYO C		Identificación CC Nro 52747207		
Fecha de Nacimiento	1983-07-08	Edad	40	Sexo	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2024-02-01 09:04:04	Fecha Salida	2024-02-01 09:04:25		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN	NO

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRtMEO	WO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION O\	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	1.25 Mts.
SIN CORRECCION OI	1.25 Mts.
SIN CORRECCION AO	1.25 Mts.

ESTENOPEICO

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2024/02/01
www.cendiatra.com

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORIHO
CERCA	EXOFORIA

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	FON
OI	FON

REFRACCION

OJO DERECHO

ESTATICA	NEUTRO ADD +2.00

OJO IZQUIERDO

ESTATICA	NEUTRO ADD +2.00

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RA EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H524: Presbicia

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMUI-A	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD

ADICTON

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. Oscar Leonardo Angulo Fula
Optometra U.S.A.
Especialista en Salud Ocupacional
Reg. No. 25-793-2015

OSCAR LEONARDO ANGULO FULA
RM: 79896705

ADRIANA M. PATARROYO CASTIBLANCO
C.C. 52747207

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de Impresión: 2024/02/01
www.cendiatra.tem

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE 2	**DIRECCION**	Av. Cra. 68 No. 17 - 96, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidante2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-24	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



TDENTTF\CACTON DEL PAC\ENTE

Nombres y Apellidos	ADRIANA M. PATARROYO C.			Identificación CC	Nro 52747207
Fecha de Nacimiento	1961-11-24	Edad	40	Sexo	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2024-02-01 09:01:02	Fecha Salida	2024-02-01 09:03:16		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDÍFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLÍGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPFA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDTOLOGICO

NORMAL 24 DB

BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES PARA SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	SI	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

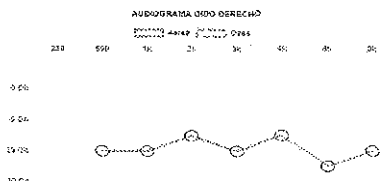
HISTORIA MANUAL

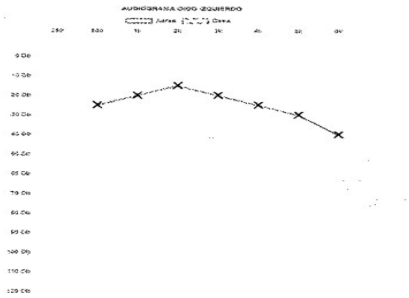
Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

FORMATO MANUAL

NO





AUDTOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	ZK	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.&	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				20			20			15			20			15			25			20		
OT				25			20			15			20			25			30			40		

AUDTOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	SOO	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	BK	Enm	S.R.
OD																								

AUDIOMETRTA BASE

	250	Obs.	SOO	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Oba.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDÍFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLÍGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO INGRESO

ACTIVIDADES **LABORALES ANTERIORES**

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	17.5
PTA OÍ (1K, 2K, 3K y 4K)	20

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2024/02/01
www.cendiatra.com

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB — BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1 — Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES PARA SEGUIR

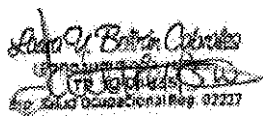
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUD|TIVO	S|	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL — NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento informado del trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



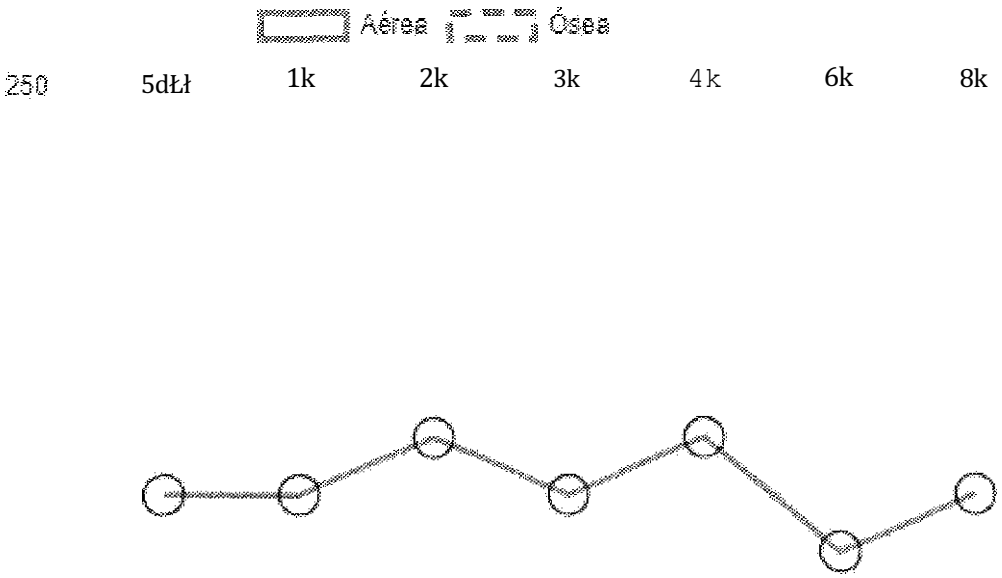
LAURA YAMILE BELTRAN CABRALES
RM: 1098634970



ADRIANA M. PATARROYO CASTIBLANCO
C.C. 52747207

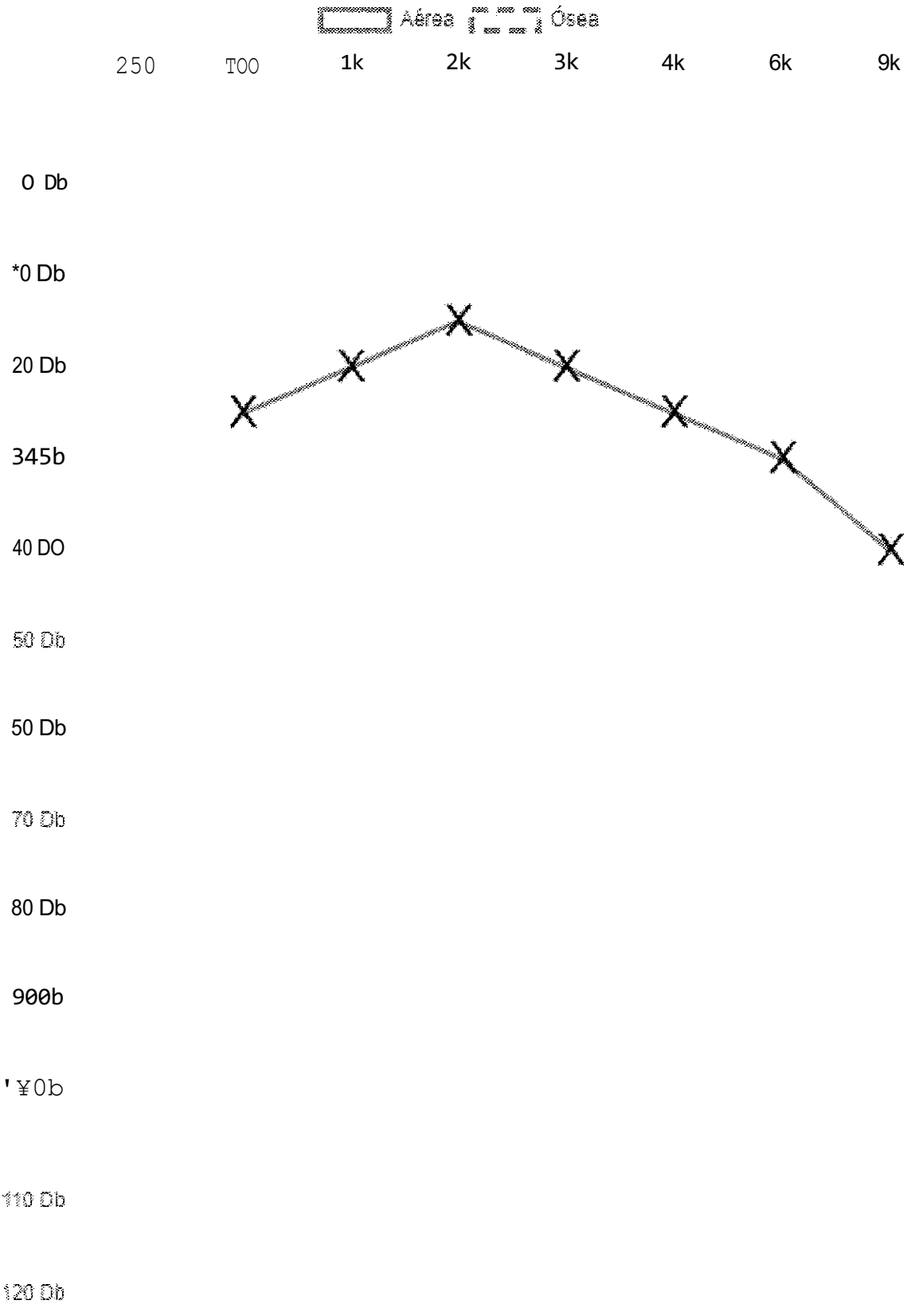
Cendiatra

AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO



Cendiatra

AUOIOGRAMA OIDO IZQUIERDO



Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que N/A, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.747.207 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 450082755, abierta/o desde el 7/1/2014.

Se expide en Bogotá el día 26 del mes de Enero del año 2025 con destino a: SENA



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

CERTIFICACIÓN TRIBUTARIA / AÑO GRAVABLE 2023 /

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **ADRIANA MILENA PATARROYO CASTIBLANCO**

Fecha de solicitud: 2024-03-20

Identificación: C.C 52747207

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de expedición: 2024-03-15

INFORMACIÓN CUENTAS DE AHORROS, CORRIENTES Y DEPÓSITOS DE BAJO MONTO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	SALDO A 31.DIC.2023	RENDIMIENTOS DE LOS APORTES	RENDIMIENTOS NO GRAVADOS 0.00%*	VALOR RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS RETENIDO**	INTERESES PAGADOS POR SOBREGIRO
DBajoMonto Daviplata	3057501150	$12,034.96	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
TOTALES	**1**	**$12,034.96**	**$0.00**	**$0.00**	**$0.00**	**$0.00**	**$0.00**

**De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 del Estatuto Tributario (modificado por el artículo 86 de la Ley 2010 de 2019), solo el 50% de GMF es deducible
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares , encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.
La tarifa de Retención en la fuente a título de Renta sobre los rendimientos Financieros será del 10% sobre el 70% del respectivo pago o abono en cuenta. Según lo establecido en el artículo 1.2.4.2.5. del DUR 1625.
* Componente inflacionario de los rendimientos financieros percibidos durante el año.

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2022	SALDO AL 31.DIC.2023	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2023	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700007500181414	25/06/2010	$34,160,000.00	$14,563,279.33	$10,537,458.58	$6,502,000.00	$667,345.59	$1,965,103.04	$0.00
TOTALES	**1**		**$34,160,000.00**	**$14,563,279.33**	**$10,537,458.58**	**$6,502,000.00**	**$667,345.59**	**$1,965,103.04**	**$0.00**

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Articulo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa
Esta certificación incluye todos los productos vigentes y cancelados poseídos durante el año certificado.
Recuerde: El Decreto 2229 del 22 de diciembre del 2023 establece quienes son declarantes de renta para el año 2023.
En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios
Estimado cliente. Si ademas usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la direccion **infoprov@davivienda.com**
La tarifa de retencion en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas debito y/o credito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **ADRIANA MILENA PATARROYO CASTIBLANCO**

Fecha de solicitud: 2024-03-20

Identificación: C.C 52747207

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de expedición: 2024-03-15

Direccion del Banco para notificaciones: Cl 28 13 A 15 MN
Estimado cliente del Régimen simple. Si usted reportó al Banco su condición tributaria durante el año.
El Banco Davivienda S.A. se permite certificar la totalidad de las Operaciones de consignación realizadas por mecanismos electrónicos.
Cumpliendo con lo establecido en el artículo 1.5.8.3.5 del Decreto 1091 del 03 de agosto del 2020.
Recuerde, para la procedencia del descuento en la determinación del impuesto SIMPLE, los valores tomados deben corresponder a pagos por concepto de venta de bienes y/o servicios.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

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	**1031545140**	**ADRIAN MATEO AVILA PATARROYO**	**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: ADRIANA MILENA PATARROYO CASTIBLANCO
C.C. 52.747.207

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1031545140

Indicativo Serial 59779998

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 23 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AVILA	PATARROYO

Nombre(s)

ADRIAN MATEO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 11	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	172849013

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

PATARROYO CASTIBLANCO ADRIANA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52747207	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

AVILA FONSECA CRISTHIAN ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 79990533	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AVILA FONSECA CRISTHIAN ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número) — Firma

CC No. 79990533

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes MAY Día 24	ESTHER BONIVENTO JOHNSON
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ESTHER MARITZA BONIVENTO JOHNSON
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 17; OTORGADO TOMO 91 DE VARIOS FOLIO 2129 DE 04-08-20214;24/05/2022

THOMAS GREG & SONS.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

LA NOTARIA VEINTITRES (23) DE BOGOTÁ, D.C

Hace constar, que esta fotocopia es auténtica, que fue tomada de su *ORIGINAL* que reposa en el archivo de registro civil de *NACIMIENTO* de esta notaria y se expide conforme a los Art. 114 y 115 del Decreto Ley 1260 de 1.970, a solicitud del interesado a **(24) de MAYO del 2022 LAS COPIAS DE REGISTRO CIVIL NO TIENEN FECHA DE VENCIMIENTO ART. (2do.)** *DECRETO (2189) DE 1.983*

ESTHER BONIVENTO JOHNSON
NOTARIA (23) DE BOGOTÁ, D.C.

Notaria 23 del Círculo de Bogotá, D.C.
Se expide el presente certificado a solicitud del interesado(a) para demostrar parentesco.

Firma

Scanned by TapScanner