

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11	
			Código Centro		940410	
			Fecha Elaboración		Mayo de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
			ID de Proceso		85313-136992	
REGIONAL DISTRITO CAPITAL						
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.						
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		SANDRA CORAL NARVAEZ		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía		39.752.676		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		scoral@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24083294217
IP/Nº de contacto:				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:						Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato:		7432086/2025	Nº Compromiso SIIF	19025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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, subsees y organizaciones, ejecutando acciones				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/05/2025	Al	31/05/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 15.178.386	
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 27.597.066	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 10.578.875	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.511		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		\$ 4.599.511		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.704.460		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9484306460	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 9.700	\$ 9.700	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 459.951		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 22.949.039	\$ 901.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 2.423.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$4.560.145,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
1-Registrar asistencias e inasistencias de los grupos programados en el trimestre 3142522 TGE, 3142553 y 3142548 de TGA						
2-Socialización de resultados de la competencia, contenidos y metodología de "Promover la interacción-Ética" y "Facilitar servicio..."						
3-Construcción de guías de aprendizaje para el desarrollo de las temáticas y contenidos de las competencias.						
4-Construcción de material de apoyo, presentaciones, talleres y actividades para las formaciones						
5-Participación en reuniones programadas por la Coordinación académica para la orientación de los Planes de mejoramiento.						
6-Acordar con los aprendices asignados la realización y desarrollo de los planes de mejoramiento.						
7-Teniendo en cuenta las competencias y resultados de aprendizaje de los aprendices asignados construir los planes de mejoramiento.						
8-Crear espacios virtuales para la asignación, orientación y cargue de evidencias de los aprendices de los grupos:class room, whatsapp						
9-Construir los planes de trabajo para la evaluación de actividades de los aprendices de los grupos y competencias.						
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				<div></div> <div>SANDRA CORAL NARVAEZ EL CONTRATISTA</div>		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;				<div></div> Firmado digitalmente por Diego Albeiro Garay Forero		
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.				Fecha: 2025.05.12 15:01:27 -05'00'		
				DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO 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)						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 39752676		CORAL NARVAEZ SANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 96G N 161 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1460781610	9484306460	I	2025/05/20	2025/05/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$638,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,200,000	\$352,000			\$2,200,000	\$275,000			\$0	\$0			\$2,200,000	\$11,500	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,200,000	\$352,000			\$2,200,000	\$275,000			\$0	\$0			\$2,200,000	\$11,500	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,200,000	\$352,000			\$2,200,000	\$275,000			\$0	\$0			\$2,200,000	\$11,500	\$0
1	CC 39752676	CORAL SANDRA	25-14	30	\$2,200,000	\$352,000	EPS008	30	\$2,200,000	\$275,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,200,000	\$11,500	0
Total Afiliados(1)					\$2,200,000	\$352,000			\$2,200,000	\$275,000			\$0	\$0			\$2,200,000	\$11,500	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39752676		CORAL NARVAEZ SANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 96G N 161 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1460781610	9484306460	I	2025/05/20	2025/05/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$638,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$352,000	\$0	\$0	\$352,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$352,000	\$0	\$0	\$352,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,500	\$0	\$0	\$11,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,500	\$0	\$0	\$11,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$275,000	\$0	\$0	\$275,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$275,000	\$0	\$0	\$275,000	
TOTAL				1	\$638,500	\$0	\$0	\$638,500	

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



Fecha: 20/Ene/2023, **Hora:** 02:04:31 p.m.

Apellido: Coral Narvaez

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: Instructora

Direccion: Carrera 6 # 23 /70

Telefono: **Celular:** 3112371278

Ciudad: Bogota D.c. - Fontibón

Nombre: Sandra

Nro Identidad: 39752676

HC: # 13005

Edad: 53 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 21/Mar/1969

Rh: O+

Exámenes Realizados

☐ Audiometria Clinica

☐ Coprologico

☒ Optometria

☐ Visiometria

☒ Audiometria Tamiz

☐ Espirometria

☐ Perfil Lipidico

☐ Bateria De Riesgo Psicosocial

☐ Glicemia

☐ Vestibular

Otros: Examen Medico Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular, Valoracion Psicologica

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Sve Visual

* 1- Actividad Fisica Regular, Alimentacion Balanceada, Estilo De Vida Saludable

Medicas

Laborales

* Control Por Optometria

* 2- Uso De Elementos De Protección Personal Según Factores De Riesgo.
* 1- Capacitación En Su Cargo Según Factores De Riesgo
* 3- Realizar Pausas Activas Durante La Jornada Laboral Según El Programa De Seguridad Y Salud En El Trabajo De La Empresa.

Resumen Resultados

Examen

Resultado

Audiometria Tamiz

Sensibilidad Auditiva Periférica Bilateral Dentro De Parámetros Normales. Se recomienda Control Auditivo Anual. Utilizar Protectores Auditivos Durante La Jornada Laboral Mientras Este Expuesto A Ruido. Tener Reposo Auditivo Extra-laboral. Se Brindan Pautas De Higiene Y Conservación Auditiva.

Optometria

- Se Explica Resultado Y Recomendaciones A La Usaria Refiere Comprender Información.
Paciente Con Alteración Visual Solo De Cerca, Adecuadamente Corregido
1 Requiere Uso De Corrección óptica Distancia Indicada No Permanente.
2 Debe Utilizar Elementos De Protección Personal Visual, Cuando Sea Requerido.
3 Se Brindan Pautas De Higiene Y Se Sugiere Realizar Pausas Visuales (seguimiento, Parpadeo Y Enfoque), Controles Periódicos.

Concepto

Sin Restricción Para El Cargo

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Luis A. Rangel R.
Médico Ocupacional
RH 392418
RES 5365 del 15-09-22

Luis Rangel
Medico Ocupacional

Sandra Coral Narvaez

Sandra Coral Narvaez
CC 39752676

Audiometria Tamiz



Fecha: 20/Ene/2023, Hora: 02:04:31 p.m.

Apellido: Coral Narvaez

Tipo Doc: CC

Direccion: Carrera 6 # 23 /70

Telefono: Celular: 3112371278

Ciudad: Bogota D.c. - Fontibón

Nombre: Sandra

Nro Identidad: 39752676

Email: Estado Civil: Separado

HC: # 13005

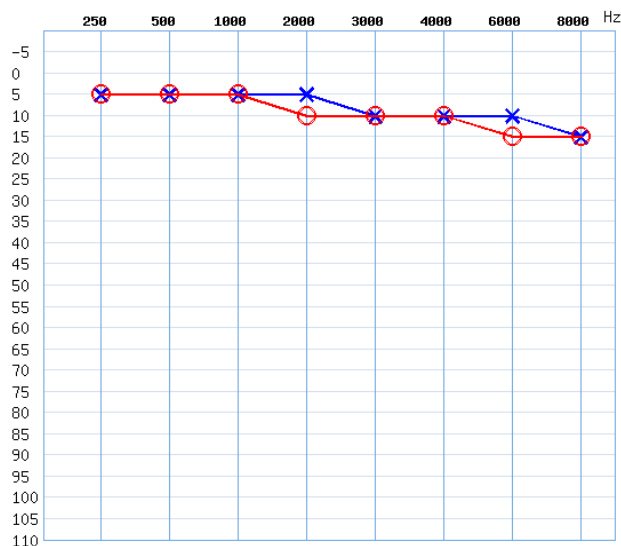
Edad: 53 años

Sexo: Femenino ♀

Antecedentes						
Personales	Si/No	OI/OD	Personales	Si/No	Tiempo	Uso EPP
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Prurito	No	Ninguno	Audifonos / Diademas	No		No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	No	Ninguno				
Antecedentes Laborales						
Empresa	Puesto de Trabajo	Duracion en la Empresa	Exposicion a Ruido	Jornada Laboral	Medidas de Control	

OTOSCOPIA

Oido Derecho Normal Oido Izquierdo Normal



	PTA Oido Izquierdo				PTA Oido Derecho			
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oido Izquierdo:	5	5	5	5	10	10	10	15
Oido Derecho:	5	5	5	10	10	10	15	15

Diagnostico Audiologico:

Sensibilidad Auditiva Periférica Bilateral Dentro De Parámetros Normales.

Recomendaciones:

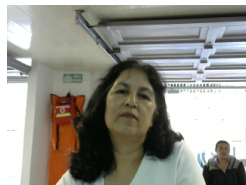
Se recomienda Control Auditivo Anual. Rotación De Auricular De Teléfono Para Su Labor. Tener Reposo Auditivo Extra-laboral. Se Atiende Paciente Con Todos Los Epp Según Protocolo De Seguridad.



Usuario Administrativo Audiometria
usuario Administrativo
Audiometria Usuario Administrativo Audiometria

Sandra Coral Narvaez
CC 39752676

Optometria


Fecha: 20/Ene/2023, **Hora:** 02:04:31 p.m.

Apellido: Coral Narvaez

Tipo Doc: CC

Direccion: Carrera 6 # 23 /70

Telefono: **Celular:** 3112371278

Ciudad: Bogota D.c. - Fontibón

Nombre: Sandra

Nro Identidad: 39752676

Email: **Estado Civil:** Separado

HC: # 13005

Edad: 53 años

Sexo: Femenino ♀

Antigüedad en la Empresa

Ingreso

Antigüedad en el Cargo

Antecedentes				
Personales		Familiares		Laborales
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No	No
Diabetes	No	Diabetes	No	No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No	No
Glaucoma	No	Cataratas	No	No
Migraña	No	Miopía	No	No
Cataratas	No	Astigmatismo	No	No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No	No
Traumas Oculares	No	Cancer	No	No
Cuerpos Extraños	No			
Hipermetropía	No			
Astigmatismo	No			
Miopía	No			
Presbicia	No			
Otro? cual:				

Correccion	
Usa Lentes	Si
Cerca	Si
De Contacto	No
Lejos	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	Si

Evaluacion				
Agudeza Visual	Visión próxima Sin corrección		Visión lejana Sin corrección	RX en Uso A.V Con Correccion
O.D.	1.00m		20/20 PH:	+175



IPS Sigmedical

Sistemas Integrados de Gestión en Medicina Laboral S.A.S

NIT: 900.923.659 - 9

INFORME DE VALORACION PSICOSOCIAL

Tipo Doc: CC - Cedula de Ciudadania

Nro Identidad: 39752676

Sexo: Femenino



Apellido: Coral Narvaez

Nombre: Sandra

Edad: 53 años

Empresa: Particular

Fecha: 20/Ene/2023 02:04:31 p.m.

Cargo: Instructora

Recepcion: # 13005

I- PRUEBAS PSICOLOGICAS

ITEM	DESCRIPCION	RESULTADO
INTELIGENCIA.	Capacidad intelectual básica.	Promedio APROBADO
MEMORIA.	Memoria a corto plazo.	Conservada APROBADO
SUEÑO.	Ciclo del sueño	Normal APROBADO
PERSONALIDAD.	Trastornos de personalidad.	No se evidencia alteración. APROBADO

II- RESULTADO GENETRAL

SIN RESTRICCION (X)

APLAZADO ()

CON RESTRICCION ()

OBS: Paciente en el momento de la evaluación cumple con los parámetros de personalidad sueño memoria y personalidad. Se muestra ubicada en las tres esferas se muestra atenta y con disposición para valoración psicológica. Niega antecedentes personales y familiares de trastornos psicológicos.

R/ No se evidencia alteración psicológica que afecte su labor bajo presión en ámbitos sociales.

Dr. Edurne Maunula Capriles
R.P. 012636 / C.C. 79 351 733

PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Sede Principal Mosquera:

Carrera 1 Este N 4 - 03 Cartagena, Mosquera.
PBX: +57 (1) 829 54 14

Sede Funza

Calle 14 este N 4-03
PBX: + 57 (1) 8218385

Sede Madrid

Carrera 9 No. 4 97 San Luis
PBX: +57 (1) 828 70 09

Celular: 313 552 0306
www.sigmedical.com.co

O.I. 1.00m

20/20 PH: +175

A.O. 0.75m

20/20

Oftalmoscopia

Medios Refringentes Transparentes

Queratometría

OD: No Se Realiza

OI: No Se Realiza

Balance Muscular

O.D. Normal

O.I. Normal

Refraccion
AV
Rx Final
AV

O.D. -050

O.D.

O.I. -050

O.I.

ADD +225

ADD

Vision Cromatica

Normal , Ishihara

Estereopsis

Normal , 40" Arco " />

Examen Externo

Percepcion del Color

Convergencia

Percepcion Anormal

No

Lejos

No

Cerca

No

OD

OI

Segmento Anterior Sano

Segmento Anterior Sano

Examen Motor

Normal

Hirschberg: Centrado

Conducta y Recomendaciones

Paciente Con Alteración Visual Solo De Cerca, Adecuadamente Corregido
1 Requiere Uso De Corrección óptica Distancia Indicada No Permanente.
2 Debe Utilizar Elementos De Protección Personal Visual, Cuando Sea Requerido.
3 Se Brindan Pautas De Higiene Y Se Sugiere Realizar Pausas Visuales (seguimiento, Parpadeo Y Enfoque), Controles Periódicos.

Diagnostico

Prebicia

Julieth Stefania Lopez Plazas
Optometra

Sandra Coral Narvaez
CC 39752676





Fecha: 28/Ene/2023, Hora: 09:00:18 a.m.

Apellido: Coral Narvaez

Nombre: Sandra

Tipo Doc: CC

Nro Identidad: 39752676

Empresa: Particular

Cargo: No Aplica

Direccion: Cra 96 G Nro 16 I 32

Telefono: Celular: 3112371278 Email: Estado Civil: Separado (a)

Ciudad: Bogota D.c

Peso: Kg Estatura: M IMC: Escolaridad: Bachiller Jornada Laboral: Diurna

EPS: Compensar ARL: :: Sin Definir :: AFP: :: Sin Definir ::

HC: # 47433

Edad: 53 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 21/Mar/1969

Rh: O+

Exámenes Realizados

☐ Audiometria Clinica☐ Audiometria Tamiz☐ Coprologico☐ Espirometria☒ Glicemia☐ Optometria☒ Perfil Lipidico☐ Vestibular☐ Visiometria

Otros: Cuadro Hematico Tipo 5

Recomendaciones Especificas

Resumen Resultados

Examen

Resultado

Laboratorios

Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Norma C Ramirez P.
Dra. Norma C. Ramirez P
U.C.M.C Reg. 251499/02
Esp. Adm. en Salud P.U.J

Norma Ramirez Paez
Laboratorio
Registro #: 1251499

Sandra Coral Narvaez

Sandra Coral Narvaez
CC 39752676

Huella
Digital



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	1014868939	SEBASTIAN DAVID CALDERÓN CORAL	Hijo(a)
----	------------	-----------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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.

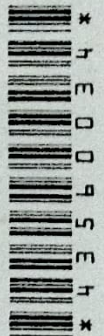
Cordialmente,

SANDRA CORAL NARVAEZ
C.C. 39752676

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP 1014868939 **REGISTRO CIVIL** Indicativo 4 3560034
DE NACIMIENTO Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 52 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 3 H

Pais: Departamento: Municipio: Corregimiento e/o Inspección de Policía: **COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.**

Datos del inscrito

Primer Apellido: **CALDERON** Segundo Apellido: **CORAL**
Nombre(s): **SEBASTIAN DAVID**

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes ABR Día 18 Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **Número certificado de nacido vivo**
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 51907515 - 3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: **CORAL NARVAEZ SANDRA**

Documento de identificación (Clase y número): **C.C.No 39752676** Nacionalidad: **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **CALDERON LONDOÑO CARLOS JOSE**

Documento de identificación (Clase y número): **C.C.No 79.521.162** Nacionalidad: **COLOMBIANA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: **CALDERON LONDOÑO CARLOS JOSE**

Documento de identificación (Clase y número): **C.C.No 79.521.162** 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 **Nombre y firma del funcionario que autoriza**

Año 2009 Mes ABR Día 18 **JULIO S. GARCIA MONTES**

Nombre y firma: _____

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

Nombre y firma: _____

NOTARIA 32 DE BOGOTÁ D.C. **REGISTRO CIVIL** **ESPACIO PARA NOTAS**

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Valido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de: **Carlos Jose Calderon**

23 ABR 2009

BOGOTÁ D.C.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO