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	**Mayo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**65638-564220**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARY ARGENIS MORENO AVILA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.264.334	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mamoreno4334@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24525640028
IP/Nº de contacto:	16003	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

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

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7432034/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**21125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

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	**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
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9484999226**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.423.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$4.560.145,00**	

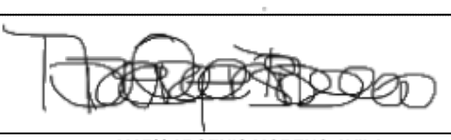
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Presentación personal uso verbo be
Vocabulario paises y nacionalidades
Actividades de escucha
Vocabulario Familia: uso posesivo sajón y adjetivos posesivos
Preguntas informativas
Descripción de rutinas
Evidencia proyecto: servicio al cliente
Preguntas wh y yes / questions
Presente Simple

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



MARY ARGENIS MORENO AVILA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

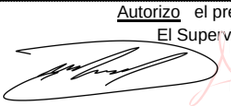
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

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,



Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Fecha: 2025.05.13 16:07:30 -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)

13/05/25 11:25:30 USUARIO: SIC - C.C. 52264334

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52264334		MORENO AVILA MARY ARGENIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG. 89B No.115A-03 INT. 7 AP 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4420671	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	1477324915	9484999226	I	2025/05/09	2025/05/13	NEQUI	4	$572,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$800	$0	$295,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$800	$0	$295,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$100	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$100	$0	$9,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,800	$100	$0	$36,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$36,800	$100	$0	$36,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$700	$0	$230,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$230,000	$700	$0	$230,700
TOTAL				1	$570,900	$1,700	$0	$572,600

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

PARTICULAR



NO. CERTIFICADO	1.135.621				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	27/01/2023	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 52.264.334	**EDAD**	46	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	MORENO AVILA MARY ARGENIS				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INSTRUCTOR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL		

EXÁMENES REALIZADOS

COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA TIPO III) - ENFASIS CARDIOVASCULAR - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS - USO DE CALZADO COMODO, PUNTA REDONDA O CUADRADA.

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CORRECCIÓN OPTICA SOLO PARA VISION CERCANA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo MORENO AVILA MARY ARGENIS identificado con CC No. 52.264.334. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dr. Washington Meza Acosta
Médico Especialista Salud Ocupacional
R.M. 01240/98
RES. S.O. N° 8643 DE 21/12/2022

DR. WASHINGTON MEDARDO MEZA ACOSTA - LSO 8643 DE 21/12/202

Aspirante o trabajador

CC. 52.264.334

MEDILABORAL
INFORME PSICOLÓGICO

BOGOTÁ, enero 27, 2023

IDENTIFICACIÓN: CC. 52264334
NOMBRE: MORENO AVILA MARY ARGENIS
GÉNERO: FEMENINO
EDAD: 46 AÑOS
CARGO: INSTRUCTOR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL
ESTADO CIVIL: SOLTERO
CONDICIÓN: ADULTO
EMPRESA: PARTICULAR

MOTIVO DE CONSULTA: APLICACIÓN TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG

RESULTADOS: LA ASPIRANTE DEMUESTRA SER UNA PERSONA SEGURA DE SÍ MISMA, QUE RECONOCE SUS FORTALEZAS Y DEBILIDADES. A NIVEL SOCIAL, ES AFECTIVA, DEMUESTRA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS Y SUS NECESIDADES, POR ELLO LE GUSTA TRABAJAR EN EQUIPO. CUENTA CON OBJETIVOS CLAROS, SIENDO INNOVADORA Y CREATIVA, POSEE ADECUADA CAPACIDAD DE RACIOCINIO Y ASOCIACIÓN. POR OTRO LADO, REFLEJA AUTOCONTROL, FIRMEZA, DEMUESTRA CIERTA DEPENDENCIA ANTE LAS FIGURAS DE AUTORIDAD, TIENDE A SER CRÍTICA ANTE LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y SER COMPROMETIDA CON LAS LABORES ASIGNADAS.

RECOMENDACIONES: SE RECOMIENDA A LA ASPIRANTE EL DESARROLLO DE LAS LABORES DEL CARGO.

Angela Bernal.
Angela Bernal Pardo
Psicóloga
C.C. 1019077324
T.P. 146059

ANGELA TATIANA BERNAL PARDO
PSICÓLOGA

MEDILABORAL

Reporte de laboratorio

NO. LABORATORIO: 1.135.621
CIUDAD: BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S
FECHA: 27 de enero de 2023
NO. DOCUMENTO: CC. 52264334 **GENERO:** F **EDAD:** 46
NOMBRES Y APELLIDOS: MORENO AVILA MARY ARGENIS

ANÁLISIS	RESULTADO	REFERENCIA
	BIOQUIMICA	
COLESTEROL LDL	142 MG/DL CALCULADO	HASTA 100 MG/DL
TRIGLICÉRIDOS	75 MG/DL	HASTA 150 MG/DL
COLESTEROL TOTAL	248 MG/DL	HASTA 200 MG/DL
COLESTEROL HDL	91 MG/DL	MAYOR A 40 MG/DL
	HEMATOLOGIA	
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA TIPO III)		
RECUENTO DE LEUCOCITOS	4.49 X 10^3/UL	5.0 -10.0 X 10^3/UL
NEUTROFILOS	43 %	42% - 73%
LINFOCITOS	57 %	18% - 47%
EOSINOFILOS		0% - 3%
MONOCITOS		4% - 11%
HEMOGLOBINA	13.9 G/DL	12 - 16 G/DL
HEMATOCRITO	42.0 %	38% - 50%
RECUENTO DE PLAQUETAS	292 X 10^3/UL	150.0 - 450.0 X 10^3/UL



gineth serrano pabon

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES MORENO AVILA MARY ARGENIS
FECHA 27/01/2023

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.52264334 **FEC. NACIMIENTO:** 11/04/1976 **EDAD:** 46 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: SOLTERO **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 31255046560
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** DG 89 B 115 A 03 CIUDADELA COLSUBSI
CORREO: ARGIECHUELA@HOTMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: COMPENSAR **ARL:** NO RFIERE **PENSIONES:** PORVENIR

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: LABORES DE INSTRUCTORA EN FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: NINGUNO

FAMILIARES: NINGUNO

OCULARES: NINGUNO

OTROS: PACIENTE ATENDIDO SEGUN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID

OPTOMETRIA

OCUPACIÓN: INSTRUCTOR **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 13 - Meses: 0
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 20/01/2023
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: NO
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** NO
TIPO DE CORRECIÓN: NINGUNO **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** NO
FORMA DE USO:
PERMANENTES (NO) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: NO

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Visión borrosa cerca	

LENSOMETRIA O.D - O.I.: NO USA	**TIPO DE LENTE OD - OI:** NO APLICA	**ADD O.D - O.I:** NO APLICA

AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/20	20/	20/20	20/	20/30	20/	20/30	20/

EXAMEN EXTERNO

OD: PINGUECULA NASAL	**OI:** PINGUECULA NASAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES MORENO AVILA MARY ARGENIS
FECHA 27/01/2023



COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]*	**CERCA:** *[NORMAL]*

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD: -	**OI:** -

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]* **SEGUNDOS/ARCO:** 40

OTROS

QUERATOMETRIA		**O.D.:**	**O.I.:**

RETINOSCOPIA	**O.D.:** +1.00	**O.I.:** +1.00
SUBJETIVO	**O.D.:** NEUTRO 20/20 ADD+1.25 20/20	**O.I.:** NEUTRO 20/20 ADD+1.25 20/20

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
H111	DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES
H524	PRESBICIA

RECOMENDACIONES	CORRECCIÓN OPTICA SOLO PARA VISION CERCANA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA
OTRA RECOMENDACIÓN	USO DE CORRECION OPTICA PARA LECTURA Y USO DE PROTECCION SOLAR

REMITIDO A:	CONTROL OPTOMETRIA	**CAUSA REMISIÓN:**	FORMULAR CORRECCION OPTICA PARA VISION CERCANA.

Consentimiento informado

Yo MORENO AVILA MARY ARGENIS identificado con CC.52264334. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Diana Elizabeth Parra Pineda
OPTÓMETRA U. DE LA SALLE
T.P. 39778608 - REG. 0694 C.T.P.O.
Especialista Salud Ocupacional
Lic. 11406 del 01/10/2018

DRA. DIANA ELIZABETH PARRA PINEDA - lso 11406 01/10/2018

Aspirante o trabajador

CC.52264334

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1016960502

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53289462

53289462

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [5 1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 4 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ **********	MORENO **********

Nombre(s)

EMMANUEL DAVID **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes JUN Día 07	Masculino	A	Positivo

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

COLOMBIA - CÚNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD ESCRITA	----------

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORENO AVILA MARY ARGENIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 52264334	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ TELLEZ JEYSON DUVAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 1014207574	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ TELLEZ JEYSON DUVAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 1014207574	

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 2014 Mes AGO Día 06	RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE FOLIO REEMPLAZA AL FOLIO 52870869, LIBRO DE VARIOS TOMO 108 FOLIO 111

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 11 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	1016960502	Emmanuel David Pérez Moreno	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,

_____
MARY ARGENIS MORENO AVILA
C.C. 52264334