

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO A CONTRATISTA POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIONES 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
Código Centro
Fecha Elaboración
Versión
ID de Proceso

940410
Mayo de 2025
ENERO - 2.25
13846-732951

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.206.145	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	msandoval5@misena.edu.co	Número de Cuenta:	008970127141
IP/Nº de contacto:	3213601453	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

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

N° del contrato:	7432927/2025	Nº Compromiso SIIF	13725	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, 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		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.704.460	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
		TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIIQUIDADÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACÓN DEL NETO A PAGAR

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	85486532			
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
ARL	I \$ 9.700	\$ 9.700	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	\$ -	-		0,00	
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	\$				

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboración Actas de alistamiento, informes semana V, informe de trazabilidad, Guías de trabajo, PPPF y demás documentos requeridos p...
Registrar las novedades en el sistema Sofia Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de ...
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habilitaci...
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofia Plus u otro dispuesto por el Centro de Formacón...
Asistir a reuniones específicas y comités técnicos cuando sea necesario, participando en la evaluación y seguimiento de aprendizajes...
Generar informes periódicos sobre el avance de las actividades asignadas y programadas en el plan de trabajo incluyendo reportes de re...
Aplicar las disposiciones vigentes en gestión documental ajustando los procedimientos a las Tablas de Retención Documental de la depé...
Aplicar las disposiciones vigentes en gestión documental, ajustando los procedimientos a las Tablas de Retención Documental de la depé...
Reintegrar los materiales asociados al inventario y equipos en los procesos de formación, en las condiciones en que fueron entregados...

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFIICO, 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...

MARISOL SANDOVAL SANCHEZ

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 periodo 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

ORLANDO SUAREZ MOLINA

INSTRUCTOR G15

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 DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52206145	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ	CL 67 BIS 17 B 90	7650441	ADMINISTRACIONMSS@GMAIL.COM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLÉADOS	UPC			
					1	0			
					TOTAL A PAGAR				
PERIODO SALUD	2025-04	2025-04	02/05/2025	8548632	\$534.100				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	230.000	0		0		0	
									1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Cotización Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	0	0	0	230.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.700	No. Autorización	Valor	9.700	0	0	97	9.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.100	534.100

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52206145	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ	CL 67 BIS 17 B 90	7650441	ADMINISTRACIONMSS@GMAIL.COM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLÉADOS	UPC			
					1	0			
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR							
2025-04	2025-04	\$534.100							

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y nombres							Cotizante	Subtipo	Extranjero	Exonerado	ING	RET	TAE	TDP	TAP	VSP	WST	SUN	KDE	LME	VIA	VEI	IR	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Código CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	52206145	SANDOVAL SANCHEZ MARISOL							59	0	N																25-14	1.839.804	294.400	0	0	0	0	0	EPS008	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700		0	0	0	0	0	0	0

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 de mayo del 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.	1034397028	FABIAN MAURICIO IZAQUITA SANDOVAL	HIJO
-------------	-------------------	--	-------------

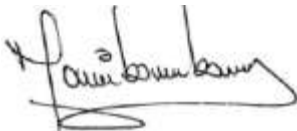
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: MARISOL SANDOVAL SANCHEZ
C.C. 52.206.145





EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA OFICINA DE
REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - 1653
Personería Jurídica Res. 58 de Septiembre 16 de 1895
NIT. 860.007.759-3

CERTIFICA:

Que **FABIAN MAURICIO IZAQUITA SANDOVAL** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1034397028, se encuentra actualmente **MATRICULADO**, cursa el **NOVENO** período académico en el programa de **LICENCIATURA EN FILOSOFIA** en este Colegio Mayor durante el primer período académico de 2025.

El estudiante adelanta un programa desarrollado en un horario diurno de Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. con una intensidad de 28 horas semanales. El programa tiene una duración de 161 créditos académicos.

El estudiante Fabian Mauricio Izaquita Sandoval está vinculado a esta Universidad desde el primer período académico del 2021.

Dado en Bogotá D.C., a los (24) veinticuatro días del mes (02) febrero de (2025) dos mil veinticinco.



FRANCISCO JAVIER GARCÍA C
Director Oficina de Registro Académico

VIGILADA  MINEDUCACIÓN

Sede Principal: Calle 12c N° 6 - 25 Bogotá, Colombia
PBX: (597) 2970200 - 018000511888
WWW.UROSARIO.EDU.CO



Firmado Por
FRANCISCO GARCIA 79514103 (24/02/2025 11:38 COT)

Url De Verificación
<https://portalfirmas.universitasxxi.com/inbox/app/uro/v/BYZV-7X9I-RKXQ-U6AQ>
Código Seguro De Verificación RY2V-7X9I-RKXQ-116AQ



REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA SEPTIMA DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.-
CÓDIGO 11001007
ACTA DECLARACIÓN CON FINES EXTRAPROCESALES
DECRETO 1557 DE 1.989

NÚMERO 4651

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, República de Colombia, siendo el día, jueves, 26 de diciembre de 2024, ante el Doctor **JOSE NIRIO CIFUENTES MORALES** Notario Séptimo (7°) Encargado del Círculo Bogotá D.C., compareció: **MARISOL SANDOVAL SANCHEZ** mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía N° 52.206.145 de Bogotá D.C., estado civil: Soltera, de profesión u ocupación: independiente, con domicilio en Bogotá D.C., en la dirección: carrera 18#14-04 torre 2 apto 1303 edificio sabana central, Barrio: el liston, Celular:3213601453; quien comparece con el fin de rendir **DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO** de conformidad con el Decreto 1.557 de 1.989. Previa la advertencia de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso, contenidas en el Artículo 442 del C.P., en concordancia con el Artículo 389 del C.P.P., manifestó:

PRIMERO: DECLARO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO que mis nombres y apellidos son como han quedado dichos y escritos, de las condiciones civiles y personales antes anotadas.

SEGUNDO: Declaro mi condición de **MUJER CABEZA DE FAMILIA**, debido a que ejerzo la jefatura de mi hogar y tengo bajo mi cargo afectivo, económica y socialmente en forma permanente a mi hijo **FABIAN MAURICIO IZAQUITA SANDOVAL**, identificado con Cedula De Ciudadania número 1.034.397.028. Declaro la condición que ostento de **MUJER CABEZA DE FAMILIA** por las siguientes circunstancias: declaro que no convivo con el padre de mi hijo, no recibo una ayuda económica para su sostenimiento.

La presente declaración se rinde de conformidad con lo establecido por el artículo 1 de la ley 1232 del 2008, que modificó el artículo 2 de la ley 82 de 1993 y no causa emolumentos notariales.

TERCERO: Manifiesto que he leído lo que voluntariamente he declarado ante el NOTARIO, lo he hecho cuidadosamente y no tengo ningún reparo, ni nada que aclarar, corregir y/o enmendar; Por lo tanto, le otorgo mi FIRMA dado que es real a lo solicitado al señor NOTARIO. El Notario ha advertido previa y expresamente a la persona que voluntariamente realiza esta declaración, que las personas son libres conforme a la Constitución Política de Colombia, de manifestar, expresar y/o declarar, espontáneamente lo que a bien tenga; pero que esta declaración se debe hacer conforme a la ley, el orden público y las buenas costumbres. REALIZADA ESTA OBSERVACIÓN y ASI ACEPTADA SE PROCEDE A SU FIRMA POR PARTE DE EL (LA) DECLARANTE. No siendo otro el objeto de la presente diligencia se termina y se firma en constancia y como prueba de lo anteriormente manifestado.

El suscrito Notario Encargado deja constancia que la presente declaración se hace de conformidad con lo manifestado por el (la) declarante.

Esta declaración se rinde para presentarla **A LA ENTIDADQUE CORRESPONDA** para los fines legales pertinentes.



REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA SEPTIMA DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.-
CÓDIGO 11001007
ACTA DECLARACIÓN CON FINES EXTRAPROCESALES
DECRETO 1557 DE 1.989

LA DECLARANTE

[Signature]
C.C. 522061455 de 131

EXENTO DE PAGO

[Signature]
JOSE NIRIO CIFUENTES-MORALES
NOTARIO SEPTIMO (7º) ENCARGADO DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
RESOLUCIÓN N° 13752 DE FECHA 11 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024,
DE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO



N° 5,567

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
SANDOVAL SANCHEZ MARISOL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	48 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS	CC	52206145
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONTADORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
APTO		ANEXO CARDIOVASCULAR					
APTO		ANEXO OSTEOMUSCULAR					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL				GLICEMIA			
ANEXO OSTEOMUSCULAR				PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS)			
OPTOMETRÍA				ANEXO CARDIOVASCULAR			
CUADRO HEMATICO III				PRUEBAS PSICOMETRICAS			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						HACER DEPORTE	
						DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS	
						DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOGRASA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							

Médico

Dra. Yuly Guatín Holguín
Médico Cirujano General
Exp. SGT Res. 15172 EX-9NC

Firma: _____

Nombre: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

R. M.: 53164665

L.S.O.: 15078



Código de Seguridad

D860J1P5567

Aspirante o Trabajador

Marisol Sandoval

Firma: _____

Nombre: SANDOVAL SANCHEZ MARISOL

CC: 52206145