

[illegible]



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-05-13, 01:06:14 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	DANIELA PAOLA CORTEZ CATANO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1030664496
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1082044830
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	305142586
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 587.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 303.200	\$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 236.900	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 9.900	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 37.900	\$ 0
SubTotales:				\$ 587.900	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 587.900





FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 14 de Mayo del 2026

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:

RC	1012925715	DANNA SALOME CAMELON CORTEZ	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,

Daniela Cortez

DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO
C.C. 1030664496



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60680115

NUIP 1012925715

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1003

NOTARIA 3 DE BOGOTÁ - COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido CAMELON Segundo Apellido CORTEZ
Nombre(s) DANNA SALOME

Fecha de nacimiento Año 2019 Mes OCT Día 12 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección) COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 15565053-2

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 CORTEZ CATANO DANIELA PAOLA
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 1030664496 Nacionalidad COLOMBIANA

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 CAMELON VELASQUEZ JEISSON CAMILO
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 1057164145 Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CAMELON VELASQUEZ JEISSON CAMILO
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 1057164145 Firma Jeisson Camelon

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 Año 2019 Mes OCT Día 19
Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIA YORLY BERNAL (E)

Reconocimiento paterno
Firma Jeisson Camelon
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento MARIA YORLY BERNAL (E)

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO: 144 FOLIO: 82 ACEPTO RECONOCIMIENTO DANIELA PAOLA CORTEZ CATANO
Daniela Cortez

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-01-08**Nombres y apellidos:**DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO**Fecha de nacimiento:**20/03/1996**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**INSTRUCTORA**Departamento:**BOGOTÁ D.C.**ARL:****Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**CC:**1030664496**Edad:**29 **Sexo:**FEMENINO**Fecha ingreso:**2026-01-08 / 09:58:23**Fecha salida:**2026-01-08 / 01:01:37**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

- VISIONOMETRIA

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

- PSICOSOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD:

:

APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

CONDICIÓN VISUAL:

RIESGO BIOMECÁNICO:

CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUAR CONTROL CON MEDICOS TRATANTES

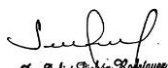
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

DIETA Y ACTIVIDAD FISICA

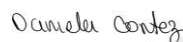
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

ACTUALIZAR LA CORRECCION OPTICA Y CONTINUAR CON EL USO PERMANENTE DE LA MISMA. CONTROL ANUAL.

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. 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 del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.


Dr. Juliet Rocio Pichon Rodriguez
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Reg. 14380 U. El Boreque

JULIET ROCIO PICHON
RODRIGUEZ
CC: 1018421820
RM: 1018421820
LIC-SST: 14380
Firma y sello del médico



DANIELA PAOLA CORTEZ
CATAÑO
CC: 1030664496
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 -
Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali
La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala
- Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Rionegro - Santa Marta -
Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387**EMAIL:**cit.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-01-08**Nombres y apellidos:**DANIELA PAOLA CORTEZ CATANÓ**Fecha de nacimiento:**20/03/1996**Empresa usuaria:**PARTICULAR**Cargo:**INSTRUCTORA**Departamento:**BOGOTÁ D.C.**ARL:****Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**CC:**1030664496**Edad:**29 **Sexo:**FEMENINO**Fecha ingreso:**2026-01-08 / 09:58:23**Fecha salida:**2026-01-08 / 01:01:37**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**SALUD TOTAL S.A. E.P.S.

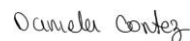
Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUAR CONTROL CON MEDICOS TRATANTES
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ACTUALIZAR LA CORRECCIÓN ÓPTICA Y CONTINUAR CON EL USO PERMANENTE DE LA MISMA. CONTROL ANUAL.


Dr. Juliet Pichon Rodriguez
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Reg. 14380 U. El Bosque

JULIET ROCIO PICHON
RODRIGUEZ
CC: 1018421820
RM: 1018421820
LIC-SST: 14380
Firma y sello del médico



DANIELA PAOLA CORTEZ
CATANÓ
CC: 1030664496
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.