SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL RISARALDA
CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**1 de Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**08556-386884**
No. de documento	**329674**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE WILSON CASTAÑO MARIN	**C.C.**	18.592.193	**IP/Nº de contacto**	3146486822
Correo electrónico contratista:	jwcastano@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO COOPERATIVO COOPC	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0039001000012	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3317370/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**10022**	
Valor Total del Contrato	$ 38.447.620	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.447.620	**1**	**Del**	**24/01/2022**	**Al**	**31/01/2022**	**$ 1.018.480,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.429.140		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL INSTRUCTOR PRESENCIAL Y/O TUTOR VIRTUAL PROGRAMAS FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL NIVEL Y MODALIDAD ASIGNADA AREA SISTEMAS PROGRAMA DESPLAZADOS CENTRO AGROPECUARIO REG RDA 2022 9-2022-000992

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.018.480		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.018.480**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 550.110**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**AFILIACION**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 183.370	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	550.110,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	733.480,00	
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	1.467,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.017.013,00**	

SON: UN MILLÓN DIECISIETE MIL TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades realizadas del 24 al 31 de Enero del 2022

Se realizaron reuniones de promoción y divulgación de cursos complementarios con diferentes lideres de poblaciones vulnerables.
Se realizo reunión con la coordinadora del programa para desplazados del centro agropecuario.
Se realizo reunión con el supervisor del contrato de prestación de servicio del centro agropecuario.
Se visitaron varios de los CEDES centros de emprendimiento empresarial de la alcaldía donde se dictaran los diferentes curso.
Se realizo concertación y conversaciones telefónicas con los lideres y coordinadores de diferentes barrios de población vulnerables.

MUNICIPIO:Pereira

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 diligenciados.

JOSE WILSON CASTAÑO MARIN
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,

NATALIA MARULANDA MENDEZ
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

NINA ELVIRA ROCHA NIETO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Certificado de Afiliación

El Señor JOSE WILSON CASTAÑO MARIN , identificado con Cédula Ciudadanía 18.592.193, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan de Beneficios en Salud PBS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	JOSE WILSON CASTAÑO MARIN		
Número de identificación:	18592193	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CORALES Mz 2 casa 24	Municipio residencia:	Pereira
Teléfono actual de residencia:	3387108	Depto. Residencia:	RISARALDA

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
18592193	CASTAÑO MARIN JOSE WILSON	01/08/2017	
900791950	AEROVAN TOURS S.A.S	08/12/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado, por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización a través de EPS en Línea o APP Medimás

Se firma y expide en Bogotá a los 16 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE WILSON CASTAÑO MARIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **18592193,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de enero de 2022.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14722026720

(415)7707212489984(8020) 000001472202672 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 8 5 9 2 1 9 3	8	Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 8 5 9 2 1 9 3	1 9 8 2 1 2 2 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTAÑO	MARIN	JOSE	WILSON

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

41. Dirección principal
BRR CORALES VILLA OLIMPICA MZ 2 CA 24

42. Correo electrónico castanow@gmail.com

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

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
3 3 1 3	1 9 9 8 0 6 1 3	4 9 2 1	2 0 2 0 0 9 1 8	7 9 1 2		3 1 2 1	

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	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 61. Fecha 2020 - 11 - 11 / 16 : 04: 44

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CASTAÑO MARIN JOSE WILSON
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-01-2022 08:48:34AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722026720

(415)7707212489984(8020) **000001472202672 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 8 5 9 2 1 9 3	8	Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	1 9 9 8 0 2 1 6	
77. No. Matrícula mercantil	2 7 1 0 1 0 1 0 0 1	
78. Departamento	6 6	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.
Para hacer del trabajo un acto digno
NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Fecha: viernes, 06 de septiembre de 2019

Nombre: Jose Wilson Castaño Marin | Identificación: C.C. 18.592.193 de SANTA ROSA
Fecha de Nacimiento: 01 de octubre de 1964 | Sexo: M | Edad: 54 | Estado Civil: Soltero (a)
Dirección: Mz 2 Casa 24 | Barrio: Corales | Ciudad: PEREIRA
Teléfono: 3146486822 | Proceso a Ejecutar: INSTRUCTOR

EXÁMENES PRACTICADOS

AUDIOMETRIA:	SI [X]	NO [ ]	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	SI [X]	NO [ ]
OPTOMETRIA:	SI [X]	NO [ ]	VALORACION FONOAUDIOLOGIA:	SI [X]	NO [ ]

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Exámen Ocupacional: Periódico | Nombre: Sena | NIT: 899.999.034-1
Dirección: Cra 8 No 26-79 Centro | Teléfono: 3122734792 | Area: SENA .

RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

EXAMEN PERIÓDICO

Puede continuar su labor: SI: X NO: ___ Recomendación Específica: ___
Se sugiere Reubicación Laboral: SI: ___ NO: X Motivo: ___

Diagnósticos / Observaciones:

EXAMEN PERIÓDICO SATISFACTORIO.

SIN PATOLOGIA LABORAL DETECTADA, SE HIZO ÉNFASIS CLINICO EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR, SISTEMA NERVIOSO, COLUMNA VERTEBRAL, SIN ENCONTRAR HALLAZGOS DE PATOLOGÍA A ESOS NIVELES.

LOS EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS Y LISTADOS ARRIBA, PERMITEN EVIDENCIAR UNA ADECUADA CONDICIÓN PARA EL TRABAJO.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MÉDICAS

Remisión E.P.S.: NO | Remisión A.R.L.: NO

Riesgos Ocupacionales:

- Biomecánicos: Movimientos repetitivos X
- Biomecánicos: Manejo de cargas X
- Biomecánicos: Carga estática X
- Biomecánicos: Posturas prolongadas X
- Biomecánicos: Carga dinámica X

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN

CHARLAS EDUCATIVAS

HIGIENE POSTURAL [X] INDUCCIÓN [X] ALTURAS [ ] EPP [X] OTRAS ___

USO DE EPP

GUANTES [ ] MONOGAFAS [ ] CASCO [ ] TAPA OIDOS [ ] TAPA BOCAS [ ] OTRAS ___

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: [X] PAUSAS ACTIVAS: [X]

CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: [X]

SOCIALIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE ESTA EXPUESTO: [ ]

USO DE FORMULA OPTICA: [ ]

El tabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

Dr. Luis Felipe Gutierrez
Medico y Cirujano U.
Especialista Salud Ocupacio
C.C. 79.424.434
T.P. 126.6[illegible]

Dr(a). LUIS FELIPE GUTIERREZ PULIDO
Licencia en Salud Ocupacional: ___

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO
Identificación: C.C. 18.592.193 de SANTA ROSA DE CABAL ___

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

CERTIFICADO AUDIOMETRIA



Fecha: 06 09 2019

Empresa: Sena Tipo Examen: Periódico

Nombre: Jose Wilson Castaño Marin

Identificación: C.C. No: 18.592.193 de SANTA ROSA DE CABAL Edad: 54 Años

Cargo: INSTRUCTOR Sexo: M X F

Observaciones:

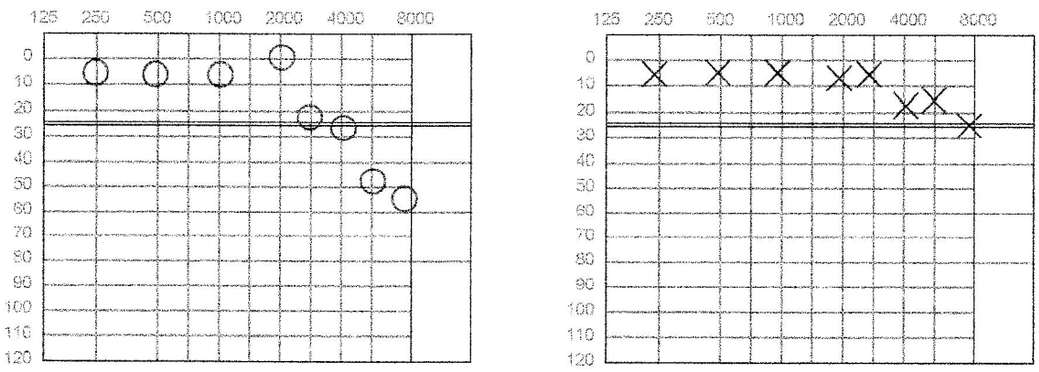
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Tiro o caza	X		Ruido ambiental	X		Tejo		X	Uso de audifonos		X
Discotecas		X	Servicio militar	X		Uso de moto		X			

Observaciones:

Equipo: Calibración: Reposo Auditivo No. Horas:

OTOSCOPIA: Oido Derecho: MT NORMAL Oido Izquierdo: MT NORMAL

FRECUENCIA EN HZ. **AUDIOMETRIA** **FRECUENCIA EN HZ.**



Promedio O.D. 3.3 dbs Binaural 4.15 dbs Promedio O.I. 5 dbs

PRESBIACUSIA	O.D.	O.I.		
ELI	A	A	SAL	A
LARSEN			CAOHC-GATISO	

Observaciones: OD: AUDICION EN AREA DE LENGUAJE NORMAL, CON DESCENSO FRECUENCIAS AGUDAS . OI: AUDICION NORMAL.

Recomendaciones: PROTECCION AUDITIVA EN AREA DE RUIDO---CONTROL ANUAL

Dr(a). MARTHA CECILIA RUIZ GALINDO

T.P. No. 65234

Martha Cecilia Ruiz Galindo
Fonoaudiologa Especialista

Trabajador

C.C.

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

Para hacer del trabajo un acto digno

Calle 15 No. 4-33 Tel: 335 3055 - 348 1598 - 321 466 6354 / Pereira - Rda.
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

CERTIFICADO VISUAL

Visiometría ____
Optometría *

Fecha: 30 / 07 / 19 Empresa: SENA Teléfono: 3146868822
Nombre: JOSE Wilson CASTAÑO Edad: 54 Sexo: M * F ____
Identificación: Tipo: CC No: 19592193 Cargo: ____
Tipo de examen: Ingreso: ____ Periódico: * Egreso: ____ Otro: ____ Cual: ____

Motivo de consulta: Control
Último examen visual 1 año Resultado: Presbicia
Antecedentes visuales y oculares No refiere

Antecedentes generales: No refiere

Agudeza visual:	Sin corrección		Con corrección	
	Lejos	Cerca	Lejos	Cerca
	OD:20/ 20	OD: 20/50	OD:20/ ____	OD: ____
	OI:20/ 25+2	OI: 20/50	OI:20/ ____	OI: ____
	Agujero estenopeico: 20/ ____		Agujero estenopeico: 20/ ____	

Lensometria: D: ____
Examen externo: OD: Pterigion Grado 1
OI: Normal
Examen motor: ortofórico
Oftalmoscopia: OD: ____
OI: ____

Queratometria OD: ____ OI: ____

RX OD:	N	AV: 20/ ____	Adición: +2.25	AV: 20	DNP: ____
OI:	N	AV: 20/ ____	Adición: +2.25	AV: 20	DNP: ____

Estereopsis: Normal: ____ Anormal: ____ Observación: ____
Visión cromática: Normal: ____ Anormal: ____ Observación: ____
Campo visual: Normal: ____ Anormal: ____ Observación: ____

Diagnostico: (1) Astigmatismo leve (2) Presbicia
Conducta: Requiere Corrección óptica para leer.

Observaciones: ____

Dra. Alejandra Ramos
Optómetra
C.C. 1.087.996.378
TP 316571

Optómetra ____ Trabajador ____
C.C. 19592193.

BIEN ESTAR SALUD
Para hacer del trabajo un acto digno

INFORME DE EVALUACIÓN FONOAUDIOLOGICA DE VOZ (PRUEBA TAMIZ)

NOMBRE: Jose wilson cortaño Narin
FECHA DE NTO: 01-10-1964 **EDAD:** 54 años
OCUPACIÓN INSTRUCTOR
DOMICILIO MZ 2 casa 24 # 25-23 Comuneros **TEL:** 3146486822
FECHA DE EVALUACIÓN 30- JULIO-2019

MOTIVO DE CONSULTA:

Examen de control

Uso de Voz: Profesional SI Hablada SI Cantada NO

1. ANTECEDENTES PERSONALES

Ronquera NO pérdida de la voz NO dolor al hablar NO
Sensación de constricción en el cuello NO, sensación de cuerpo extraño NO
Secreciones en el fondo de la garganta NO, carraspeo NO.

Obstrucciones nasales: NO Malformaciones: NO
Procesos crónicos NO agudos NO alérgicos NO
Nerviosos NO
Otras enfermedades: NO.

2. ANTECEDENTES RESPIRATORIOS
. RESPIRACIÓN:

3. PARAFUNCIONES
SUCCIÓN: lengua NO objetos NO labio inferior y/o superior NO
MASTICACIÓN: morder uñas NO objetos NO.
FONACIÓN: tics NO, tartamudez NO.
DEGLUCIÓN: Normal.

4. EXAMEN EXTRAORAL
BOCA: Tamaño normal.
LABIOS: competencia competente.
Esfuerzo en comisura Normal.
Labio inferior y superior grueso-delgado.
MENTÓN: Tamaño Normal. Surco pronunciado
Labiomentoniano (tono) Normal.

5. EXAMEN DE LA VOZ

- RITMO: constante
- FLUIDEZ: Normal
- TIPO BIOTIPO: mesomorfo
- ATAQUE: alargado Cuerpo: alargado Filatura: alargado
- EFECTO KAYSER: alargado

5.1 VOZ HABLADA

Musculatura extralaríngea Sin tensión muscular
Movilidad laríngea Sin dificultad
Coordinación fono-respiratoria:
. Entre cortas las frases: NO
.Se queda sin aire en mitad de las palabras: NO
.Se congestiona el cuello al respirar mientras habla: NO.
Ritmo Conversacional:
.Bradilálico Taquilálico Normal X.
Registro vocal: (respecto al sexo) Normal
Tono o altura de la voz: Normal
Intensidad de la voz: Normal
Timbre vocal: Normal

5.2. VOZ LEÍDA

Lectura a distintas intensidades:
.voz a poca intensidad: Sin dificultad
.voz normal: Sin dificultad
.voz de mando: Sin dificultad

5.3 ÓRGANOS ARTICULATORIOS Y DE RESONANCIA. CUELLO

organos fonoarticuladores integros, praxias labiales y linguales con fuerza, velocidad y coordinación, movilidad de cuello adecuado.

6. RESPIRACIÓN

Series automáticas; Números 1-40. Vocalizaciones Normal.
Conversaciónespontánea Normal Canto adecuado
En la lectura el ritmo es constante
Participación de la musculatura del cuello Sin tensión muscular.

Permeabilidad nasal: Permeable

a) Prueba de Glatzer (espejo) Permeable ambas nariz.

b) Prueba de Rosenthal: 20 respiraciones normales: 15 segundos.
20 con narina derecha: 14 segundos.

BIEN ESTAR SALUD SAS
Para hacer del trabajo un sano digno

20 con narina izquierda: 14 segundos.

c) Ascenso clavicular: Normal

Palpación de la musculatura del diafragma y abdomen durante la respiración Normal.

Retención 49 segundos.

Vocalizaciones: a 19 seg e 18 seg i 19 seg o 15 seg u 21 seg

Soplo abierto: 19 segundos soplo cerrado 19 segundos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Beber agua durante la clase
- Realizar pausas activas
- Ejercicios de respiración - relajación - praxias.
- NO fumar - NO beber - Dormir bien.
- NO consumir bebidas muy frias - calientes.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cualidades auditivo perceptuales de la voz normales

Tatiana Martínez A.
Fonoaudióloga - Esp. SST
Reg. 1903197 - 433
LSST. 08240

Tatiana Martinez A.
FIRMA Y SELLO DE PROFESIONAL
CC: 1061. 730- 574

FIRMA PACIENTE
CC 1054921193.

LABORATORIO CLÍNICO

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
900170994

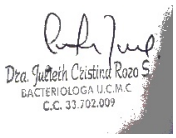
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	28/08/2021 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	SEGUIMIENTO	
Paciente:	JOSE WILSON CASTAÑO MARIN		**Identificación:**	18592193	
Género	MASCULINO	**Edad:** 56	**Teléfono**	0	**Móvil:** 3146486822
Fecha Nacimiento:	1/10/1964		**Cargo:**	INSTRUCTOR	
Estado Civil:	CASADO(A)		**EPS:**	MEDIMAS	
Dirección	MANZANA 2 CASA 24 BARRIO CORALES		**Escolaridad:**	PROFESIONAL	
Empresa	SENA - RISARALDA				

Informe de Laboratorio: 377136

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA - FECHA Y HORA EXACTA: 2021-08-28 21:40:00.7420	81,2mg/dl	70-110 mg/dl	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2021-08-28 21:40:04.0380			
COLESTEROL HDL	51,6 mg/dl	Mayor de 40 mg/dl	
COLESTEROL LDL	234 mg/dl	Hasta 160 mg/dl	
COLESTEROL TOTAL	315 mg/dl	Hasta 200 - Riesgo Medio<239 - Riesgo Alto>240	
TRIGLICERIDOS	148,7 mg/dl	Hasta 200 mg/dl	



JULIETH CRISTINA ROZO SALINAS -
Profesional

JOSE WILSON CASTAÑO MARIN 18592193
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE WILSON CASTAÑO MARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 18592193 realizó el día 31/01/2022 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 JOSE WILSON CASTAÑO MARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 18592193 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Identificada con NT No. 899999034

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 8250619003809, a partir del 04 de Octubre del año 2013.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	18592193	JOSE CASTANO	INDEPENDIENTES TASA 0.522 %	1	0.522%	26/01/2022	24/11/2022	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 29 de Enero del año 2022.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Cooperativo
CoopCentral

NIT: 890203088-9

A QUIEN PUEDA INTERESAR

El Banco Cooperativo COOPCENTRAL certifica que mediante la vinculación a ACH Colombia está autorizado para recibir transferencias de fondos interbancarios y depositar dicho dinero de manera automática en las cuentas de ahorros de los Asociados/Cuentahabientes.

Para realizar estas transferencias se tiene implementado internamente el "Código de Transferencia", el cual es único para las cuentas de ahorro en cada entidad que haya suscrito el convenio y nos permite garantizar el abono automático en la cuenta de ahorros del asociado en la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE TRABAJADORES DEL SENA - COTRASENA.**

Por lo tanto, solicitamos la siguiente inscripción:

NOMBRE	CÉDULA	CODIGO TRANSFERENCIA
JOSE WILSON CASTAÑO MARIN	18.592.193	0039001000012

De acuerdo con lo anterior, al momento de inscribir la cuenta en el portal del banco originador, se deberá tomar el código de Transferencia informado y seleccionar como banco destino al Banco Cooperativo Coopcentral, código bancario 066.

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira a los diecinueve (19) días del mes de enero de 2022.

Cordialmente,

DANIELA VALENCIA GRAJALES
Auxiliar de Operaciones
Cr. 6 No. 23 – 13 Lc 5 y 6
Teléfono 3400062

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA