SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA-BTA D C - BIENESTAR APRENDICES**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921710** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **69174-564759** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA | **C.C.** | 80.247.194 | **IP/Nº de contacto** | 15497 |
| **Correo electrónico contratista:** | eninov@sena.edu.co | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24072185407

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 4579902/2023 **Nº Compromiso SIIF** **12123**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 33.600.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 33.600.000 | **1** | **Del** | **08/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 3.200.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 30.400.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

Contratar los servicios personales para adelantar y desarrollar acciones orientadas al fortalecimiento del liderazgo y desarrollo humano integral de los Aprendices que favorezcan su permanencia en el proceso formativo en el marco del Plan Nacional de Bienestar al Aprendiz de acuerdo con la normatividad vigente

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.200.000 | | 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** | **$ 3.200.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.881.375** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1234567899** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.280.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 204.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.700 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 800.000 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| 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 $ 1.357.184 | $ 320.000 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 627.125 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.881.375,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.835.200,00 | |
| 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 | 27.388,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$3.172.612,00** | |

**SON: TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza proyección gastos bienestar, incluyendo convocatorias y contrataciones por realizar para la presente vigencia 2023.
Se realiza socialización del proceso electoral de elección de representantes visitando las fichas de las jornadas diurna y nocturna
Reinducción a fichas de primer trimestre enfatizando el manual de convivencia y reglamento del aprendiz.
Planeación y proyección de ejecución presupuestal para el año 2023 en actividades bienestar.
Se orienta y solicita la creación de piezas gráficas para ser compartidas en los canales institucionales informando de las convocatori
Reunión extraordinaria de Voceros modalidad presencial y virtual,se socializa proceso electoral de representantes de aprendices.
Se realiza la circular de apertura del proceso electoral, indicando las fechas y fases del proceso, desde la inscripción de candidatos
Se organiza metodología de inscripción de candidatos.
Se realiza inducción y acompañamiento durante la primera convocatoria de a la persona gestora de apoyos.

**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.

**EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA**
**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,

**YADIRA HELENA HERNANDEZ ACOSTA**
**PROFESIONAL G02**

**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**

**DIEGO ARMANDO CRISTANCHO CRISTANCHO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **80247194** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 80247194 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/11/2010 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 574 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 47 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **21/02/2023**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/02/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 899999034 | **Cédula Usuario:** | CC 1110464805 |
| **Nombre:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | | |
| **Dirección:** | CLL 57 8-64 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | accidentalidadsst@sena.edu.co | | | | |
| **Teléfono:** | 5978250 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 1110464805 | DIANA CAROLINA PUENTES ZORRO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 769 | 10/02/2023 | CC 80247194 | NIÑO VILLALBA EDWIN | 1 | 0.522 | **Independiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

28CFCEBA1C62971902FC680B0303063E Certificado impreso el día 2/9/2023 9:02:08 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**EDWIN ALBERTO**
**NIÑO VILLALBA**
80247194

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
899999034

Este carné es personal e intransferible.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14737820113

(415)7707212489984(8020) 000001473782011 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 2 4 7 1 9 4 | 2 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## 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 | 8 0 2 4 7 1 9 4 | 2 0 0 1 1 2 0 5 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NIÑO | VILLALBA | EDWIN | ALBERTO |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 11 67 A 66 TO 2 AP 103 CON QUINTAS DEL PORTAL III

42. Correo electrónico: ninovillalba2@yahoo.es

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 2 5 4 6 7 0 2 | |

## 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 |
| 7 4 9 0 | 2 0 1 7 0 9 0 4 | | | | | |

## 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 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | 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 2021 - 01 - 29 / 17 : 53: 40

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 NIÑO VILLALBA EDWIN ALBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

EDWIN ALBERTO NINO VILLALBA Identificado con CC 80247194

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SANTA LIBRADA, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24072185407 |
| **Fecha de apertura:** | 27 de Marzo de 2017 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 21 de Febrero de 2023.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

# DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

**Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales**
**Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201**
**Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá**

## EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Entidad Contratante: Sena | | | | |
| Dir: | | Nit: | | |
| Fecha: Febr 9/2021 | Cargo: Trabajador Social | | | |
| Tipo de examen | Ingreso Si | Periódico — | Retiro — | Trabajo en alturas No |

TRABAJADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apellidos Niño Villalba | Nombres Edwin Alberto | | |
| ID: 80.247.194 | Tel: 3002546702 | Sexo M. | Edad 37 |
| Pofesión: Trabajo Social | | Diestro Si | Zurdo |

Con los siguientes exámenes:

| | | |
|---|---|---|
| MÉDICO OCUPACIONAL Si | OPTOMETRÍA Si | AUDIOMETRÍA — |
| OSTEOMUSCULAR Si | ELECTROCARDIOGRAMA Si | ESPIROMETRÍA — |
| GLICEMIA Si | COLESTEROL. Si | TRIGLICÉRIDOS Si |
| Otros HDL - LDL - VLDL - Valoracion psicológica. | | |

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | |
|---|---|
| Apto con restricciones — | Puede continuar su labor — |
| Apto con restricciones que no limitan su labor — | Puede continuar con reubicación laboral — |
| Apto para el cargo Si | Examen de retiro satisfactorio — |
| Aplazado por restricciones — | Examen de retiro con patología — |
| Apto para trabajo en alturas. No | No apto — |

Restricciones médicas ocupacionales: No Presenta.

OBSERVACIONES:

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

| | |
|---|---|
| Uso de elementos de protección personal Si | Valoración por: — |
| Hacer pausas activas. Si | Reubicación laboral temporal. — |
| Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. Si | Rehabilitación ocupacional. — |
| Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica | Realización de pruebas complementarias |
| Otras — | |

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

Dr. Gustavo Contreras Salamanca
Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O. Nº 15006/2015 SSS

NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO

C.C. 80.247.194

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud TRABAJADOR EXAMINADO

Indice derecho

v 1- 2.021

Escaneado con CamScanner

| ANEXO OSTEOMUSCULAR | Dia 9 | Mes Febiero | Año 2021 |
|---|---|---|---|
| | TIPO DE EXAMEN | Ingreso SI | Periódico — | Retiro — |

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

| Apellidos Niño Villalba | Nombres Edwin Alberto | |
|---|---|---|
| ID: 80.247.194 | Sexo Masc | Edad: 37 años. |

| PERFIL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL ( No aplica para examen de Ingreso ) | |
|---|---|
| riesgo ergonómico en el cargo | |
| Manipulación de cargas | Horas de trabajo por jornada |
| Esfuerzos más frecuentes | Usa ayudas mecánicas? |
| Movimientos repetitivos? | Postura habitual |
| Distancia que camina por día | Herramientas que usa |
| Manipula objetos pesados? | Qué peso máximo levanta? |

| MOVILIDAD | DERECHA | | | IZQUIERDA | | | REVISIÓN POR SÍNTOMAS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEGMENTO | FLEX | EXT | ABDUC | FLEX | EXT | ABDUC. | SINTOMA | SI | NO | COMENTARIO |
| Hombro | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Cervicalgia | | ✓ | |
| Coxofemoral | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Dorsalgia | | ✓ | |
| Mano | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Lumbalgia | | ✓ | |
| Cuello de pie | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Artralgia | | ✓ | |
| | FLEXION | EXTENSION | | FLEXION | EXTENSIÓN | | Tendinitis | | ✓ | |
| Codo | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | Amputaciones | | ✓ | |
| Rodilla | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | | |

| COLUMNA VERTEBRAL | Cifosis? NO | Escoliosis? NO | Lordosis? NO | Flexión Normal. |
|---|---|---|---|---|

| SISTEMA MUSCULAR | Normal | Anormal | SISTEMA MUSCULAR | Normal | Anormal | TEST ESPECÍFICOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pectoral mayor | ✓ | | Flexores de cadera | ✓ | | Rascado de Apley | |
| Biceps braquial | ✓ | | Extensores de cadera | ✓ | | Phalen ( T.Carpo) | |
| Triceps braquial | ✓ | | Cuádriceps | ✓ | | Tinel (T.Carpo) | |
| Supraespinoso | ✓ | | Gemelos | ✓ | | Test Lassegue | normal. |
| Infraespinoso | ✓ | | Marcha puntillas | ✓ | | Finkelstein (Qv.) | |
| Deltoides | ✓ | | Marcha talones (L5S1) | ✓ | | Test epicondilitis | |

DIAGNOSTICO. Lesiones laborales óseas o musculares .?

**Limitaciones:** NO

**Malformaciones** NO

**Secuelas:** NO

RECOMENDACIONES.

Dr: Gustavo Contreras Salamanca Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O: 15006 de 2.015 Secretaria Distrital de Salud

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL
Especialista Salud Ocupacional
Licencia T.P. 15006 de 2015 S.D.S.

NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO

C.C: 80.247.194

Trabajador Examinado

1-2021

Escaneado con CamScanner

**CENTRO POLICLINICO DEL SUR DE PROFESIONALES INDEPENDIENTES**

***LABORATORIO CLINICO***

**FECHA: 09/02/2021**
**NOMBRE: EDWIN NIÑO**
**DOCUMENTO: 80247194**
**EDAD: 37 AÑOS**
**No. Ingreso 178**



**Dra. Diana Camargo**

## EXAMEN SOLICITADO

### QUIMICA

| | RESULTADO | V.R |
|---|---|---|
| GLICEMIA | 89,8 mg/dl | 70-100 mg/Dl |
| COLESTEROL | 113,9 mg/dl | < 200 mg/dL |
| COLESTEROL HDL | 30mg/dl | 35-55mg/dl |
| COLESTEROL LDL | 49,5mg/dl | Menor130mg/dl |
| VLDL | 34,4mg/dl | 2-30mg/dl |
| TRIGLICERIDOS | 172,1 mg/dl | < 150 mg/dL |

Dra. Diana M. Camargo
Bacterióloga UCMC
C.C. 52.036.584



Escaneado con CamScanner

# DR. ORLANDO CARDOZO

## EXAMEN VISUAL

Examen Visual, Lentes de Contacto Blandos y Rígidos
Lentes Bifocales, Progresivos, lentes Transitions.

Fecha: 09-02-2021 Cel: 3002546702

Paciente: Edwin Alberto Niño

Doc. Ident: 80247194 Edad: 37

R/. Se realiza Visiometria al Paciente donde se encuentra la Siguiente Agudeza Visual.

V.L SC OD: 20/20

OI: 20/20

VP: OD: 0,5-

OI: 0,5-

Orlando Cardoza Gonzalez
C.C. 80221771
Optometra - U. San Martin

Distancia Pupilar: _____

Observaciones: Paciente con Buena Agudeza Visual
Control 1 año

Calle 22 sur No. 19b 65. Teléfonos:8169473- 3142707815

Escaneado con CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | 9/02/2021 | EMPRESA | SENA | | |
| NOMBRE | EDWIN ALBEIRO NIÑO VILLALBA | | | C.C | 80.247.194 |
| | | | EDAD | 37 AÑOS | |

**Técnicas de exploración utilizadas, Entrevista semi-estructurada, Test Istas 21, Test SLR 90 síntomas**

| FACTORES DE RIESGO | | | |
|---|---|---|---|
| | | RESULTADO | |
| EXIGENCIAS PSICOLOGICAS | 0 – 7 | Trabajo pausado y dinámico no requiere esconder emociones | |
| | 8-10 | Rapidez y regularidad intermedia, manejo moderado de emociones | |
| | 11-24 | Trabajo rápido e irregular, exigencia de esconder emociones | |
| TRABAJO ACTIVO Y POSIBILIDADES DE DESARROLLO | 40 – 26 | Desarrollo de habilidades, conocimiento, autonomía y tiempos | X |
| | 25 – 21 | Desarrollo intermedio de autonomía, habilidades de conocimiento y tiempos | X |
| | 20 – 0 | No hay influencia ni manejo de autonomía, no posibilita desarrollo de habilidades, conocimiento ni tiempos, no tiene sentido de trabajo | |
| COMPENSACIONES DEL TRABAJO | 0- 1 | Trato cordial, sentido de pertenencia, estabilidad laboral | |
| | 2 – 5 | Trato medianamente justo, escaso sentido de pertenecía | |
| | 6 - 16 | Trato injusto, falta de respeto, inseguridad contractual | X |
| APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE LIDERAZGO | 40 – 29 | Trabajo como reforzador positivo, claridad de rol y estimulo de relación social | |
| | 28 – 24 | Apoyo parcial, mediana posibilidad de socialización | X |
| | 23 -0 | trabajo aislado, pobre apoyo, tareas y tiempos y mal definidos | |
| DOBLE PRESENCIA | 0 – 3 | Compatibilización del trabajo doméstico con el laboral | |
| | 4 – 6 | Trabajo doméstico de mediana carga con el laboral | |
| | 7 – 16 | Exigencia domestica agregada a la carga laboral | X |
| | | NO APLICA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *SÍNTOMAS CONDUCTUALES O SOMÁTICOS DE ESTRÉS* | Asintomático | | X |
| | Quejas múltiples variadas | | |
| | Quejas variadas de origen somático | | |
| | Otros | ********** | |

| VALORACIÓN PSICOLÓGICA | |
|---|---|
| El estado de personalidad **NO** corresponde con factores de riesgo psicosocial, ni organizacional. Además no se registra síntomas somáticos de estrés. | |
| El estado de personalidad corresponde con menos de dos factores de riesgo psicosocial – organizacional. Además no registra síntomas somáticos de estrés. | X |
| El estado de personalidad corresponde con tres factores de riesgo psicosocial – organizacional. Aunque no se registra síntomas somáticos de estrés. Se recomienda seguimiento del caso por parte del profesional competente (epidemiologia) dentro de la organización. | |
| El estado de personalidad corresponde con menos de tres factores de riesgo psicosocial – organizacional. Sin embargo registra síntomas somáticos de estrés. Paciente que requiere Psicovaloración sistemática por parte del profesional competente y seguimiento del caso por parte del departamento de trabajo social dentro de la organización. | |
| El estado de personalidad no corresponde con factores de riesgo psicosocial – organizacional. Aunque registra síntomas somáticos de estrés que requieren tratamiento. Paciente que requiere Psicovaloración sistemática por parte del profesional competente. | |

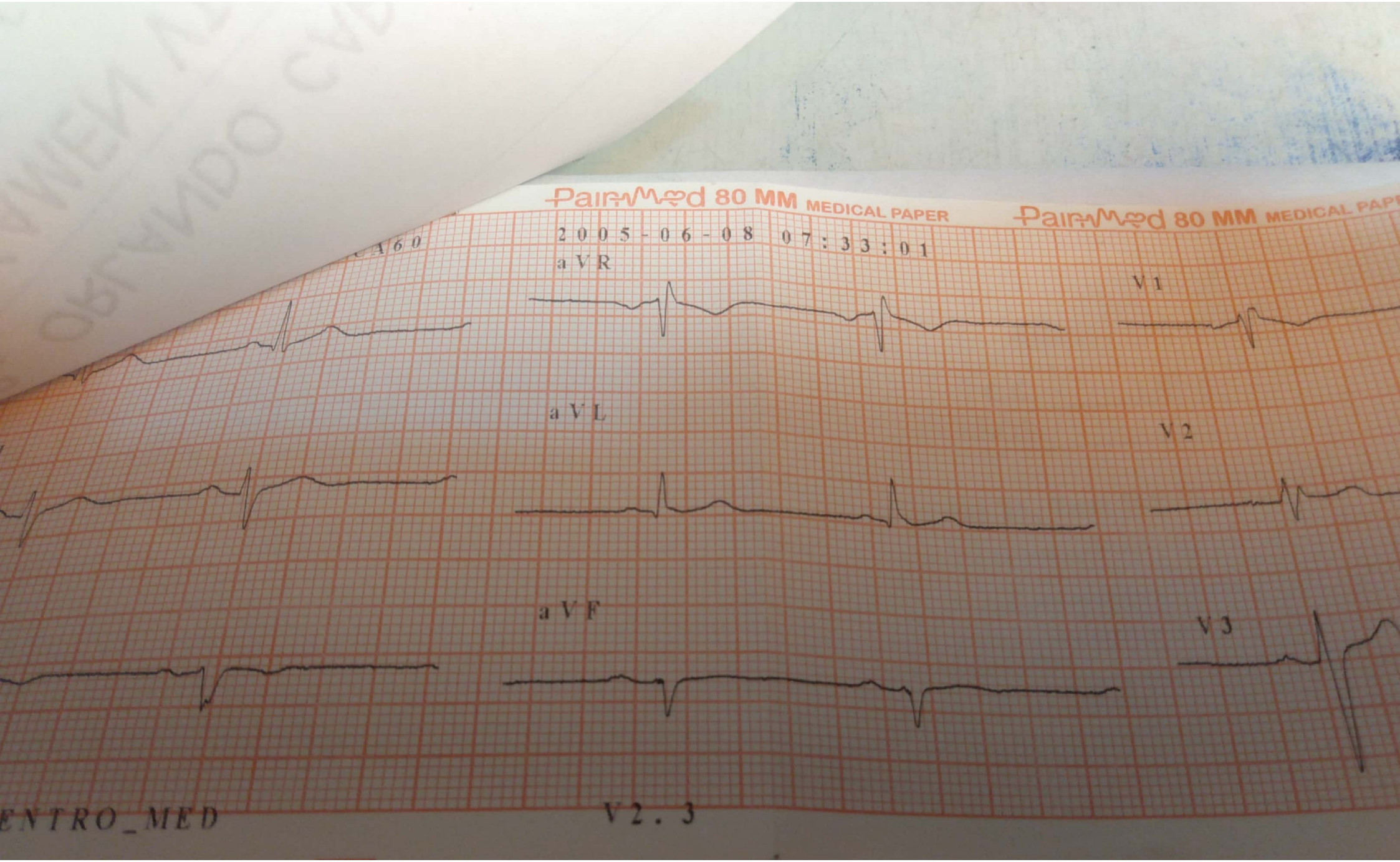
PSICOLOGÍA CLÍNICA
R.N. 3463

MARÍA CRISTINA LÓPEZ LÓPEZ
Psicología Clínica. R.N 3463 *T.P 142389*

*Aceptar este informe, solo con sello de seguridad*



Escaneado con CamScanner




Escaneado con CamScanner

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 21 de febrero de 2023

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1140916793** | **Valery Sofía Niño Acevedo** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Edwin Alberto Niño Villalba

C.C. 80.247.194

REPÚBLICA DE COLOMBIA

256

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

NUIP 1140916793

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40981110

*40981110*

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 66 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 1 X

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| NIÑO | ACEVEDO |

Nombre(s): VALERY SOFIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2007 Mes JUN Día 04 | FEMENINO | " B " | POSITIVO |

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CCERTIFICADO NACIDO VIVO | A 8004862 |

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ACEVEDO PARRA AURA MARIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 1.032.384.457 BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: NIÑO VILLALBA EDWIN ALBERTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 80.247.194 BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: NIÑO VILLALBA EDWIN ALBERTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 80.247.194 BOGOTA D.C. | |

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 2007 Mes JUN Día 26 | JAIME ALBERTO RODRIGUEZ CUESTAS |
| | Nombre y firma |

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

**NOTARÍA SESENTA Y SEIS (66) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.**

**. PRESENTE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO INDICATIVO SERIAL 40981110 ES FIEL COPIA OMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARÍA. E EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO, PARA DEMOSTRAR PARENTESCO (DECRETO 1260/70 RT. 115 Y DECRETO 278/72 ART. 1). ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE EXCEPTO ARA CONTRAER MATRIMONIO DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2158 DE 1.993.**

**ADO EN BOGOTÁ, D.C. miércoles, 06 de febrero de 2013.**

**MARÍA YORLY BERNAL**
**NOTARIA SESENTA Y SEIS (66) ENCARGADA**
**DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.**

Escaneado con CamScanner