SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**69406-956362**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE EDUARDO ZORRO ZORRO	**C.C.**	7.170.845	**IP/Nº de contacto**	3204408311
Correo electrónico contratista:	jezorro@misena.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 DE BOGOTA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 616580478

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: 4542450/2023 **Nº Compromiso SIIF** **21223**

Valor Total del Contrato	$ 42.315.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 42.315.000	**1**	**Del**	**03/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 4.095.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 38.220.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA, MODALIDAD PRESENCIAL, EN LA RED DE CONOCI

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.095.000		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	**$ 4.095.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.714.625**		**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	----------	**8623604945**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.023.750	$ -	
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	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 904.875	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.714.625,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.628.100,00	
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	35.047,00	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	**$4.059.953,00**	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Las actividades para el mes de Febrero del 2023 fue Matriculas de los coelgios I E Gimnasio Pedagogico Maria Isabel , I.E Silverio Espinosa , I.E Tecnico Cedid Guillermo Cano
Certificado de pago del mes de Enero Numero 8623604945 de Asopagos
Obli, 1 Se acompaño y asesoro a los aprendices en formacion de las fichas 2471682, 40 horas 2471680 40 horas
Obli 03 SEacompaño y asesoro a los aprendices en formacion y las fichas 2471682 40 horas 2471688 40 horas
Obli. 07 Se apoyo la gestion de la inscripcion de los aprendices del grado 10 articulados con el Centro de Servicios Financieros
Obli 11. Se atendio lo dispuesto en el codigo de integridad , el modelo integrado de gestion MIPG
Obli 17 Constancias y afiliacion

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 EDUARDO ZORRO ZORRO
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,

HECTOR GONZALO ROMERO REY
INSTRUCTOR

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 7170845
NOMBRES Y APELLIDOS	Zorro Zorro,Jose Eduardo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Zorro Zorro,Jose Eduardo, a los 23 días del mes de febrero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	JOSE EDUARDO ZORRO ZORRO
IDENTIFICACION:	CC-7170845
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-02-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-02-10
FECHA DE PAGO:	2023-02-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2023-01
PERIODO SALUD:	2023-01
NUMERO PLANILLA:	8623604945
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8628919993
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 145.000	$ 146.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 185.600	$ 187.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 6.100	$ 6.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.900	$ 336.700	$ 339.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/03/2023

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14888273014

(415)7707212489984(8020) 000001488827301 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 7 0 8 4 5	0	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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	7 1 7 0 8 4 5	1 9 9 4 0 6 2 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZORRO	ZORRO	JOSE	EDUARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CR 3 A 9 10

42. Correo electrónico: eduardozorro16@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 4 4 0 8 3 1 1	3 0 0 5 6 0 7 7 1 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 1 6 0 9 0 9	8 5 4 1	2 0 1 9 0 2 0 2	8 5 5 1			2 3 1 3	

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

	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 2023 - 01 - 14 / 09 : 04: 46

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 ZORRO ZORRO JOSE EDUARDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Clínica Colsanitas

121403471

Petición No	**121403471**	**Fecha de ingreso**	14-dic.-2021 7:05 am
Paciente	**ZORRO ZORRO JOSE EDUARDO**	**Fecha de impresión**	14-dic.-2021 12:22 pm
Documento Id	CC 7170845	**Sede**	CENTRO DIAGNOSTICO TUNJA CLINICA COLSANITAS
Fecha de nacimiento	09-oct.-1975	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	46 Años **Sexo** M	**Empresa**	EPS SANITAS S.A.
Dirección	CRA 3 A 9 10	**Médico**	EPS SANITAS CENTRO MEDICO TUNJA SEDE 3
Teléfono	3204408311		

Examen		Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA					
COLESTEROL TOTAL		215.82	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático					
** VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001					
Optimo : Menor de 200 mg/dl					
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl					
Alto : Mayor o igual a 240 mg/dl					
Fecha Validación: 14-dic.-2021 11:21 am					
COLESTEROL HDL		40.10	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático					
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001					
Bajo : Menor de 40 mg/dl					
Alto : Mayor o igual a 60 mg/dl					
Fecha Validación: 14-dic.-2021 11:21 am					
TRIGLICERIDOS		272.51	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático					
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001					
Normal : Menor de 150 mg/dl					
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl					
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl					
Muy Alto : Mayor o igual a 500 mg/dl					
Fecha Validación: 14-dic.-2021 11:21 am					

Firma Responsable



GLICEMIA (CARGA) PRE Y POST - 75 GRAMOS DE GLUCOSA

GLICEMIA	*	108.24	mg/dl	70	100
Método: Enzimático					
GLICEMIA 2HORAS POST	*	164.74	mg/dl	70.00	140.00

Fecha Validación: 14-dic.-2021 11:21 am

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: Tunja Institucional
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

Clínica Colsanitas

10602911

Petición No	**10602911**	**Fecha de ingreso**	06-ene.-2021 7:16 am
Paciente	**ZORRO ZORRO JOSE EDUARDO**	**Fecha de impresión**	07-ene.-2021 11:57 am
Documento Id	CC 7170845	**Sede**	CENTRO DIAGNOSTICO TUNJA CLINICA COLSANITAS
Fecha de nacimiento	09-oct.-1975	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	45 Años **Sexo** M	**Empresa**	EPS SANITAS SIN VALE
Dirección	CRA 3 A 9 10	**Médico**	EPS SANITAS CENTRO MEDICO TUNJA SEDE 1
Teléfono	3204408311		

Examen		Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
	QUIMICA				
COLESTEROL TOTAL		270.91	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático					
** VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001					
Optimo : Menor de 200 mg/dl					
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl					
Alto : Mayor o igual a 240 mg/dl					
Fecha Validación: 06-ene.-2021 11:21 am					
COLESTEROL HDL		37.27	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático					
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001					
Bajo : Menor de 40 mg/dl					
Alto : Mayor o igual a 60 mg/dl					
Fecha Validación: 06-ene.-2021 11:21 am					

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRO DIAGNOSTICO TUNJA CLINICA COLSANITAS
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

COLESTEROL LDL - NO CALCULADO		181.80	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático					
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001					
Optimo : Menor de 100 mg/dl					
Casi Optimo : Entre 100 - 129 mg/dl					
Intermedio Alto : Entre 130 - 159 mg/dl					
Alto : Entre 160 - 189 mg/dl					
Muy Alto : Mayor o igual a 190 mg/dl					
Fecha Validación: 07-ene.-2021 10:37 am					

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

TRIGLICERIDOS		275.93	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático					
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001					
Normal : Menor de 150 mg/dl					
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl					
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl					
Muy Alto : Mayor o igual a 500 mg/dl					
Fecha Validación: 06-ene.-2021 11:21 am					
CREATININA EN SUERO	*	1.25	mg/dl	0.67	1.17
Método: Colorimétrico Enzimático					
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON CUADRO CLINICO					
Fecha Validación: 06-ene.-2021 11:21 am					
GLICEMIA	*	116.63	mg/dl	70	100

Clínica Colsanitas

10602911

Petición No	**10602911**	**Fecha de ingreso**	06-ene.-2021 7:16 am
Paciente	**ZORRO ZORRO JOSE EDUARDO**	**Fecha de impresión**	07-ene.-2021 11:57 am
Documento Id	CC 7170845	**Sede**	CENTRO DIAGNOSTICO TUNJA CLINICA COLSANITAS
Fecha de nacimiento	09-oct.-1975	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	45 Años **Sexo** M	**Empresa**	EPS SANITAS SIN VALE
Dirección	CRA 3 A 9 10	**Médico**	EPS SANITAS CENTRO MEDICO TUNJA SEDE 1
Teléfono	3204408311		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

Método: Enzimático

Fecha Validación: 06-ene.-2021 11:21 am

Firma Responsable



UROANALISIS

PARCIAL DE ORINA

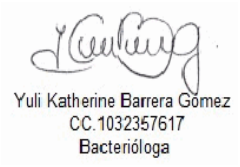
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	LIG. TUR	
DENSIDAD	1.020	
PH	5.0	
LEUCOCITOS	NEGATIVO	Leu/uL
NITRITOS	NEGATIVO	
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dL
GLUCOSA	NORMAL	mg/dL
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO	mg/dL
UROBILINOGENO	NORMAL	mg/dL
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	mg/dL
HEMOGLOBINA.	NEGATIVO	Ery/uL

SEDIMENTO

CEL.EPITEL : ESCASAS
LEUCOCITOS : OCASIONA
BACTERIAS : ESCASAS

Fecha Validación: 06-ene.-2021 12:11 pm

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: Tunja Institucional
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

INMUNOLOGIA I

ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	0.55	ng/ml	0.00	2.50

Método: Electroquimioluminiscencia
** LOS VALORES DE REFERENCIA SIRVEN COMO GUÍA. EL RESULTADO DEBE SER EVALUADO POR EL MÉDICO DE ACUERDO CON EL CUADRO CLÍNICO"

"VALORES DE REFERENCIA BASADOS EN EL ESTUDIO DE OSTERLING JE. JAMA 270:860-864, 1993 Y GUIA No. GPC-2013-21 COLOMBIA 2013"

Fecha Validación: 07-ene.-2021 10:42 am

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

VALORACION Y CERTIFICADO AUDIOLOGICO

Fecha de informe: enero 14 de 2022

Nombre: Jose Eduardo Zorro c.c. 7170845 de Tunja

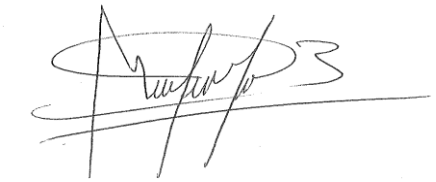
Edad: 46 años

Se realiza valoración audiológica con el fin de determinar por medio de un barrido el promedio tonal auditivo y la inspección del conducto auditivo externo, en la cual se encontró:

Por medio del otoscopio se realizó inspección del conducto auditivo externo encontrando normalidad en cantidad y color del cerumen, membrana timpánica con color adecuado.

En la audiometría: Se realizó valoración audiológica en la cual se evidencian respuestas adecuadas dentro de los márgenes establecidos con un promedio tonal auditivo en el oído derecho de -60 y en el oído izquierdo -6.6 la cual demuestra que puede desarrollar actividades laborales, deportivas e integrativas de manera adecuada en diferentes contextos e interlocutores.

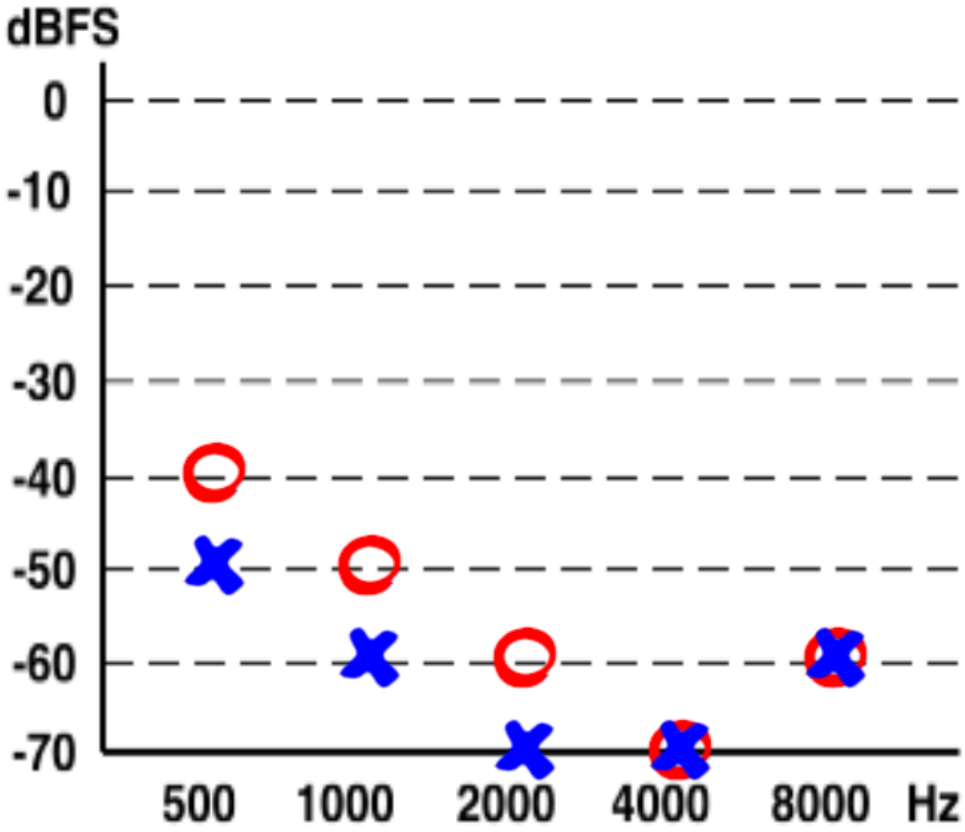
Como recomendación es indispensable el no uso de copitos realizando inserción de este para extraer el cerumen podría generar daños en las paredes internas y directamente en la membrana timpánica, en caso de molestia como rasquiña acudir al médico o la persona especializada en el tema. En caso de presentar inicios de tapón de cerumen acudir al médico nunca auto - medicarse recuerde que su audición es muy importante y cualquier daño es irreversible; No exponerse a ruidos fuertes tratar de alejarse lo más posible de amplificadores auditivos y el uso inadecuado de audífonos sin importar el nivel de volumen generan daños que a medida del paso de los años se verán las consecuencias.



MARIO FERNANDO MEDINA BARAJAS
Fonoaudiólogo
R.p. 7167889

Secretaria de salud de Boyacá

	Right	Left
500 Hz	-40 dBfs	-50 dBfs
1000 Hz	-50 dBfs	-60 dBfs
2000 Hz	-60 dBfs	-70 dBfs
4000 Hz	-70 dBfs	-70 dBfs
8000 Hz	-60 dBfs	-60 dBfs



SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD
CL 48A 1 20 ESTE LIRIO REAL II Tel.:7476191 Nit.:800119574-0
EVOLUCION OFTALMO

Paciente:	ZORRO EDUARDO	**Documento:**	**CC 7170845**
Fecha de atención:	23/11/2021 04:11:10 PM	**Fecha salida de atención:**	23/11/2021 04:14:37 PM
Edad:	46 A, 1 M, 14 D	**Sexo:**	Masculino
Fecha de Nacimiento:	09/10/1975	**Estado civil:**	Soltero;
Lugar de Residencia:	BOYACA	**Ocupación:**	INDEPENDIENTE
Dirección:	cra 3a n 9 10	**Teléfonos:**	3204408311
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	**Contrato:**	BOYACA PGP
Régimen:	CONTRIBUTIVO	**Tipo de Usuario:**	COTIZANTE

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Documento:	0000000
Nombre:	RUBIANO HOLGUIN CAMILO TORRES
Teléfono:	3103468065

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre:	JOSE ZORRO
Teléfono:	3162312859
Parentesco:	PADRE

OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES DE EVOLUCION:

SE VALORA PACIENTE ANTE PANDEMIA, SIGUIENDO PROTOCOLO NACIONAL E INSTITUCIONAL PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESG DE EXPOSICIÓN Y CONTAGIO DE SARS-CoV-2 (COVID-19), CON EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, SE REALIZ LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS.

PACIENTE NIEGA: CONTACTO ESTRECHO, CON CASO PROBABLE O CONFIRMADO PARA ENFERMEDAD POR CORONAVIRU (COVID-19) EN LOS ULTIMOS 14 DIAS. NIEGA: SINTOMAGOLOGIA ASOCIADA A COVID-19; FIEBRE, MALESTAR GENERAL, TOS OTROS SINTOMAS RESPIRATORIOS.

ANTECEDENTES:
-FAMILIARES: NIEGA
-PERSONALES: NIEGA
-OFTALMOLÓGICOS NIEGA

-AVCC 20/40 AMBOS OJOS POR OPTOMETRIA DEL DIA 19/11/2021

EXAMEN EXTERNO PARPADOS Y ORBITA: DE ASPECTO Y CONFIGURACION NORMAL
MOVIMIENTOS OCULARES: DENTRO DE LÍMITES NORMALES

BIOMICROSCOPIA:
OD: -CONJUNTIVA: PTERIGION NASAL GII MICRO PAPILAS EN CONJUNTIVA TARSAL CON HIPEREMA
-ESCLERA: BLANQUECINAS
-CORNEA: TRANSPARENTE
-CA: FORMADA, VH IV/IV
-IRIS: PARDO, DE ASPECTO Y CONFIGURACION NORMAL
-PUPILA: CENTRAL, NORMORREACTIVA A LA LUZ
-CRISTALINO: TRANSPARENTE.

OI: -CONJUNTIVA: MICRO PAPILAS EN CONJUNTIVA TARSAL CON HIPEREMA
-ESCLERA: BLANQUECINA
-CORNEA: TRANSPARENTE
-CA: FORMADA, VH IV/IV
-IRIS: PARDO, DE ASPECTO Y CONFIGURACION NORMAL
-PUPILA: CENTRAL, NORMORREACTIVA A LA LUZ
-CRISTALINO: TRANSPARENTE.

FONDO DE OJO:
OD:
REFLEJO ROJO: PRESENTE
RETINA: APLICADA
DISCO: BORDES REGULARES, RELACION C/D 0.2
VASOS: EMERGENCIA CENTRAL DE VASOS CON ASPECTO Y CONFIGURACION NORMAL,
MACULA: CON BRILLO FOVEAL PRESENTE.

OI:
REFLEJO ROJO: PRESENTE
RETINA: APLICADA
DISCO: BORDES REGULARES, RELACION C/D 0.2
VASOS: EMERGENCIA CENTRAL DE VASOS CON ASPECTO Y CONFIGURACION NORMAL,
MACULA: CON BRILLO FOVEAL PRESENTE.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD
CL 48A 1 20 ESTE LIRIO REAL II Tel.:7476191 Nit.:800119574-0
EVOLUCION OFTALMO

Paciente:	ZORRO EDUARDO	**Documento:**	**CC 7170845**
Fecha de atención:	23/11/2021 04:11:10 PM	**Fecha salida de atención:**	23/11/2021 04:14:37 PM

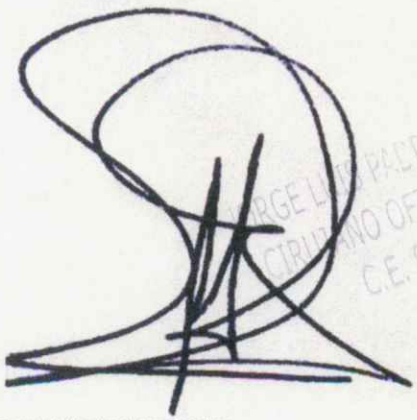
2. ALTERACION DE SUPERFICIE OCULAR
3. QUERATOCONO
4.ASTIGMATISMO

PLAN:
1 LOTEPREDNOL ETABONATO 0.5% FRASCO 5ML APLICAR UNA GOTA CADA 8 HORAS EN AMBOS OJOS HASTA TERMINAR SUSPENDER
2. EXAMEN PENTACAM AMBOS OJOS
3. CONTROL OFTALMOLOGIA CON RESULTADOS

AMABLEMENTE LE RECORDEMOS ALGUNAS DE LAS MEDIDAS MÁS EFECTIVAS PARA PREVENIR LA TRASMISIÓN DEL COVID-19 DETENER SU PROPAGACIÓN:
1. LAVADO DE MANOS ADECUADO CON AGUA Y JABÓN. HACERLO FRECUENTEMENTE REDUCE HASTA UN 50% EL RIESGO D CONTRAER LA ENFERMEDAD.
2. EVITAR TOCAR LOS OJOS NARIZ Y BOCA, PORQUE LAS MANOS PUEDEN CONTAMINARSE CON EL VIRUS QUE SE MANTIEN INERTE EN LAS SUPERFICIES.
3. MANTENGÁMONOS APEGADOS A LA CUARENTENA, RESPETANDO EL PICO Y CEDULA. TENGAMOS EN CUENTA QUE MAYORE DE 60 AÑOS, MENORES DE EDAD Y PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA CONOCIDA SON MÁS SUSCEPTIBLES DE SUFRIR L ENFERMEDAD.
4. AL SALIR MANTENGAMOS EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL AL MENOS 2 METROS.
5. SI TÚ O ALGUNOS DE TUS FAMILIARES, AMIGOS O CONOCIDOS PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOS FIEBRE, E IMPORTANTE QUE LA ATENCIÓN MÉDICA SE SOLICITE AL DOMICILIO. LAS LÍNEAS DE ATENCIÓN CORONAVIRUS TUNJA +57 31 5140357 O +57 - 318 6676100. A NIVEL NACIONAL 01 8000 955590, DESDE TU CELULAR 192 (LÍNEA DE ATENCIÓN COVID 19) O EN T CELULAR CON LA APLICACIÓN CORONAPP
NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN: NUNCA SUSPENDERÁ SU SERVICIO Y ATENDERÁ LLAMADAS DE 8:00AM A 12:00 M Y 2:00PM A 6:(PM, EN EL NÚMERO 350- 3131333

DIAGNOSTICOS

Principal:	**H186**	QUERATOCONO
Relacionados:	**H110**	PTERIGION
	H522	ASTIGMATISMO
Finalidad de la consulta:	DETECCION DE ALTERACIONES DE AGUDEZA VISUAL	
Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL	



QR de Validación

Profesional: PADRON CHACIN JORGE LUIS
CE: 827308
Registro profesional: 827308

TVO Salud ocupacional
Dra. Sandra Vargas Arcila
En Outsourcing

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD



Fecha : Fusagasugá Enero 20 2022

DATOS DEL TRABAJADOR, CONTRATISTA O ASPIRANTE
Nombre: JOSE EDUARDO ZORRO ZORRO
Identificación CC 7.170.845 Edad: 46 años Genero : F : M : X
Cargo: INSTRUCTOR

DATOS DE LA EMPRESA: SENA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS : Osteomuscular,

Pre Ocupacional	X	Post Incapacidad		Periódico Programado	
Reintegro		Cambio de Ocupación		Egreso o Retiro	

EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS: Cuadro hematico: Sin alteración.

CONCEPTO PARA EXAMENES DE INGRESO O PERIODICOS

Descripción	Si	No	No aplica	Aplazado
restricciones para el cargo		X		
Cumple con los requisitos de salud para el trabajo en alturas			X	

Descripción de la restricción: Ninguna

CONCEPTO PARA TODOS LOS EXAMENES INCLUYENDO LOS DE EGRESO.

Sospecha o detección de:	Si	No	En estudio
Accidente de trabajo no reportado		x	
Enfermedad laboral		x	
Enfermedad común	x		
Enfermedad agravada por el trabajo		x	
Secuelas de accidente laboral		x	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual		Auditivo		Concerv voz		Cardiovasc	x	Psicosocial		Ergonomic	x	mecanico		biologico	

REMISIONES; Cita en EPS Nutricion. Cita medico programa crónico

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Hábitos de vida y trabajo saludable. Dieta ejercicio, Control de peso. Realizar las pausas activas, recomendaciones de higiene postural, uso de elementos de protección personal según la labor, asistir a capacitaciones en SST por parte de la empresa .

Consentimiento informado del aspirante o trabajador
Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa. Autorizo que la información recopilada pueda ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las empresas) y se 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) Decreto 1443 2014.

Dra. Sandra Vargas A. Medico Especialista en Seguridad y Salud en Trabajo

Dra. SANDRA E. VARGAS ARCILA
RM 0698-03 - Licencia SST 2462-15

FIRMA DEL TRABAJADOR

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE EDUARDO ZORRO ZORRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7170845 el día 19/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE EDUARDO ZORRO ZORRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7170845 realizó el día 19/02/2023 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 EDUARDO ZORRO ZORRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7170845 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 -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JOSE EDUARDO ZORRO ZORRO** con **CC** No. **7170845**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 02/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 10/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012650190.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE EDUARDO ZORRO ZORRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7170845,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2018** 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 23 de febrero de 2023.



Rosa Mercedes Nino 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

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JOSE EDUARDO ZORRO ZORRO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 7.170.845 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 616580478, abierta/o desde el 2/10/2012.

Se expide en Bogotá el día 22 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Sena



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
TUNJA	TUNJA	39	39-44-101146616	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
06	02	2023	03	02	2023	00:00	04	10	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ZORRO ZORRO, JOSE EDUARDO	CC: 7.170.845

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KR 1 NRO. 11 - 12	TUNJA, BOYACA	3204408311

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZA SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KR 13 NRO. 65 - 10	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	8077913

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

SE AMPARA EL PAGO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO.CO1.PCCNTR.4542450 CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACION DE COMPETENCIAS TECNICAS EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA, MODALIDAD PRESENCIAL, EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS FINANCIEROS EN EL AREA TEMATICA DE GESTION ADMINISTRATIVA, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO FORMATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS, ATENDIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/02/2023	04/10/2024	$4,231,500.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******21,180.00	$ *******8,000.00	$ *******5,544.00	$ **********34,725.00	$ ********4,231,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
JAV SERVICIOS COMERCIALES LTDA	174306	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 10 NO. 21-33 OFC. 108 -202 - TELEFONO: 7409487.- TUNJA

39-44-101146616

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA