SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**8**
Código Centro	**920810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**32983-734525**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WILFREDO MARTINEZ VIEIRA	**C.C.**	72.149.471	**IP/Nº de contacto**	52195
Correo electrónico contratista:	wmartinezv@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: ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA **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** 201158727

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: 4592642/2023 **Nº Compromiso SIIF** 52423

Valor Total del Contrato	$ 16.831.650	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.831.650	**1**	**Del**	**15/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 1.758.530,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 15.073.120		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

RP-INSTRUCTOR: DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE FORMACION PRESENCIAL Y VIRTUAL: EMPRENDIMIENTO.ONBASE 08-9-2023-003769

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.758.530		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	**$ 1.758.530**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 853.098**		**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	----------	**9447010475**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 439.632	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ 160.000	
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	$ 125.000	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 284.208	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	853.098,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.427.930,00	
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	14.279,00	1,000%
-	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	**$1.744.251,00**	

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

GESTION PARA ASIGNACION DE ROL COMO INSTRUCTOR
GESTION PARA LOS AMBIENTES DE FORMACION
GESTION D ELOS CURSOS ANTE DISTINTAS ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS
PRUYECTO PRODUCTIVO APRENDICES EN ETAPA PRODUCTIVA DEL NODO DE CONSTRUCION

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.

WILFREDO MARTINEZ VIEIRA
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,

MILDRED MERCEDES BELTRAN MEDINA
INSTRUCTOR G20

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

HERNANDO LUIS ESTARITA TAPIAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72149471		MARTINEZ VIEIRA WILFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 74 C No 26 B 2 - 06	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3018980	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	15512766	9447010475	I	2023/03/16	2023/02/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$342,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$12,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$12,200		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$12,200		$0	$0
1	CC	72149471 MARTINEZ WILFREDO	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$12,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$12,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72149471		MARTINEZ VIEIRA WILFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 74 C No 26 B 2 - 06	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3018980	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	15512766	9447010475	I	2023/03/16	2023/02/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$342,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,200	$0	$0	$12,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,200	$0	$0	$12,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$342,800	$0	$0	$342,800

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14735409892

(415)7707212489984(8020) 000001473540989 2

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	VIEIRA	WILFREDO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CL 74 C 26 B 2 06 BRR EL SILENCIO

42. Correo electrónico freddymartinezvieira@hotmail.com

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

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

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 2021 - 01 - 25 / 17 : 27: 55

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 MARTINEZ VIEIRA WILFREDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 **WILFREDO MARTINEZ VIEIRA** con **CC** No. **72149471**, 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:** 15/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 15/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **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): 202301012581875.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 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

Bogotá D.C., 01 de febrero de 2023

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente WILFREDO MARTINEZ VIEIRA identificado con CC N° 72149471, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 25-01-2018 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta de ahorros	201158727	Activo	2018-01-25

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 01 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente,



BANCO ITAÚ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
BARRANQUILLA, 10 DE FEBRERO DE 2023	3558038–6		14858862
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
SUPERNOVA SEGUROS LTDA	48642	035	01214858862

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
72149471	WILFREDO MARTINEZ VIEIRA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CL 38 # 20 122		BARRANQUILLA	3465749

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
72149471	WILFREDO MARTINEZ VIEIRA

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15–FEB–2023	31–OCT–2023	1.683.165,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Dias	Desde	Hasta			
15–FEB–2023	31–OCT–2023	258	15–FEB–2023	31–OCT–2023	$40.000	$7.600	$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$1.683.165	$6.733	$1.683.165,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

101 – NEGOCIOS ESTATALES

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	035	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
48642	SUPERNOVA SEGUROS LTDA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00	40.000

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 – 18	P	05	F–01–12–084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 – 18	NT–P	5	N–01–012–011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.4592642.
OBJETO: GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADA DE DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE FORMACION PRESENCIALY VIRTUAL: EMPRENDIMIENTO, PARTICIPANDO EN LOS EQUIPOS DE DISEÑO Y DESARROLLO CURRICULAR Y GESTIONANDO LAS ACTIVIDADES Y PROYECTOS A TRAVÉS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN QUE BRINDA LA ENTIDAD, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LAB IPS
LABORATORIO DE ANÁLISIS BIOCLÍNICO
Nit. 890.117.577-0

Carrera 43 No. 69E – 53 Local 102 Tel: 3606100 Cel: 3008464896
www.labanalisisbioclinico.com
Barranquilla – Colombia

Visiometria



Fecha: 02/Feb/2023, **Hora:** 11:16:07 a.m.
Apellido: Martinez Vieira
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 72149471
Direccion: Calle 74c #26b-06
Estado Civil: Separado **EPS:** Sura
Empresa: Sena
Cargo: Instructor Sena

HC: # 5177
Nombre: Wilfredo
Sexo: Masculino ♂
Ciudad: Atlantico - Barranquilla
ARL: Positiva

Edad: 55 años
Rh: O+
Nacim: 07/Nov/1967
AFP: Colfondos

.

Antiguedad en la Empresa

Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				

Correccion	
Usa Lentes	No
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	No

Evaluacion					
Agudeza Visual	**Vision de Lejos SC**	**Vision de Cerca SC**	**VL CC**	**VP CC**	**ADD**
O.D.	20/20	20/40			
O.I.	20/20	20/40			
A.O.	20/20	20/40			

Examen Externo				
Percepcion del Color			**Convergencia**	
Percepcion Anormal	No		Lejos	No
			Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	**Izquierdo**	**Derecho**	**Izquierdo**
Agudeza Visual Normal	X	X		

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida

Inadecuadamente Corregida		
No Corregida	X	X

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto
Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones							
Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si X No	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en 6 Meses

Conducta

Karina Manjarrez

Wilfredo Martinez Vieira
CC 72149471

LAB IPS
LABORATORIO DE ANÁLISIS BIOCLÍNICO
Nit. 890.117.577-0

Carrera 43 No. 69E – 53 Local 102 Tel: 3606100 Cel: 3008464896
www.labanalisisbioclinico.com
Barranquilla – Colombia

Resultados laboratorios



Fecha: 02/Feb/2023, **Hora:** 11:16:07 a.m.
Apellido: Martinez Vieira
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 72149471
Direccion: Calle 74c #26b-06
Estado Civil: Separado **EPS:** Sura
Empresa: Sena
Cargo: Instructor Sena

HC: # 5177
Nombre: Wilfredo
Sexo: Masculino ♂
Ciudad: Atlantico - Barranquilla
ARL: Positiva

Edad: 55 años
Rh: O+
Nacim: 07/Nov/1967
AFP: Colfondos

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Perfil Lipidico		
Colesterol Total	**167** mg/dl	Hasta 200 mg/dl
Colesterol H.D.L.	**41** mg/dl	< 38 alto riesgo
Colesterol L.D.L.	**82** mg/dl	Hasta 178 mg/dl
Colesterol V.L.D.L.	**44** mg/dl	Hasta 40 mg/dl
Trigliceridos Serico	**220*** mg/dl	Hasta 150 mg/dl

Carmen Martinez
Bacteriologo(a)
Registro #: Tp 08-131

Wilfredo Martinez Vieira
CC 72149471

LAB IPS
LABORATORIO DE ANÁLISIS BIOCLÍNICO
Nit. 890.117.577-0

Carrera 43 No. 69E – 53 Local 102 Tel: 3606100 Cel: 3008464896
www.labanalisisbioclinico.com
Barranquilla – Colombia

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 02/Feb/2023, **Hora:** 11:16:07 a.m.
Apellido: Martinez Vieira
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 72149471
Direccion: Calle 74c #26b-06
Estado Civil: Separado **EPS:** Sura
Empresa: Sena
Cargo: Instructor Sena

HC: # 5177
Nombre: Wilfredo
Sexo: Masculino ♂
Ciudad: Atlantico - Barranquilla
ARL: Positiva

Edad: 55 años
Rh: O+
Nacim: 07/Nov/1967
AFP: Colfondos

.

Examenes Realizados

Paraclinicos	Laboratorios	Vacunas
Audiometria Visiometria Valoracion Psicologica Electrocardiograma Examen osteomuscular	Perfil Lipidico	

Recomendaciones Empresa

Dieta, Ejercicio Regular, Control Periodico Ocupacional, Estilo De Vida Saludable, Emplear Pausas Activas, Autocontrol Del Riesgo Contra El Covid-19.

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
	* Dieta * Ejercicio Regular * Estilo De Vida Saludable

Medicas	Laborales
	* Control Periodico Ocupacional * Emplear Pausas Activas * Autocontrol Del Riesgo Contra El Covid-19

Concepto para Trabajos en Altura

Concepto

Valoracion Medica Osteomuscular Normal
Apto Con Recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

**valoracion Por Medicina General En Su Eps
**valoracion Por Otorrinolaringologia Y Realizar Audiometria Clinica Confirmatoria En Su Eps

Observaciones

Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007

Notas:

1) Archive este informe en las hojas de vida del trabajo en el área de recursos humanos

2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de Junio de 2009 del cual transcriben a continuación algunos apartes:

"La custoria de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estara a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".

"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"

3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas

LAB IPS
LABORATORIO DE ANÁLISIS BIOCLÍNICO
Nit. 890.117.577-0

Carrera 43 No. 69E – 53 Local 102 Tel: 3606100 Cel: 3008464896
www.labanalisisbioclinico.com
Barranquilla – Colombia

Ana Maria Badillo Del Portillo
Medico
Lic. de S.O #: 2981
Registro #: 083309

Wilfredo Martinez Vieira
CC 72149471

LAB IPS
LABORATORIO DE ANÁLISIS BIOCLÍNICO
Nit. 890.117.577-0

Carrera 43 No. 69E – 53 Local 102 Tel: 3606100 Cel: 3008464896
www.labanalisisbioclinico.com
Barranquilla – Colombia

Audiometria Tamiz



Fecha: 02/Feb/2023, **Hora:** 11:16:07 a.m.
Apellido: Martinez Vieira
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 72149471
Direccion: Calle 74c #26b-06

Estado Civil: Separado **EPS:** Sura
Empresa: Sena
Cargo: Instructor Sena

HC: # 5177
Nombre: Wilfredo
Sexo: Masculino ♂
Ciudad: Atlantico - Barranquilla
ARL: Positiva

Edad: 55 años
Rh: O+
Nacim: 07/Nov/1967
AFP: Colfondos

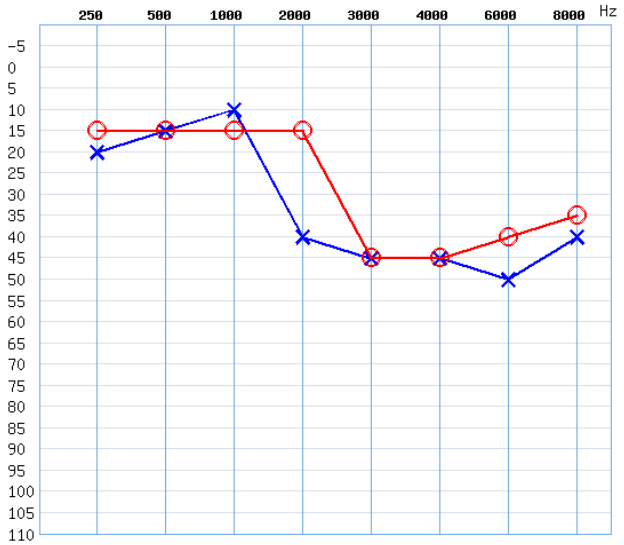
.

Antecedentes					
Personales	**Si/No**	**OI/OD**	**Personales**	**Si/No**	**Tiempo**	**Uso EPP**
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Prurito	No	Ninguno	Audífonos / Diademas	No		No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	No	Ninguno				

Antecedentes Laborales					
Empresa	**Puesto de Trabajo**	**Duracion en la Empresa**	**Exposicion a Ruido**	**Jornada Laboral**	**Medidas de Control**

OTOSCOPIA

Oido Derecho Normal **Oido Izquierdo** Normal



PTA Oido Izquierdo 27.5 22.5 **PTA Oido Derecho**

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oido Izquierdo:	20	15	10	40	45	45	50	40
Oido Derecho:	15	15	15	15	45	45	40	35

LAB IPS
LABORATORIO DE ANÁLISIS BIOCLÍNICO
Nit. 890.117.577-0

Carrera 43 No. 69E – 53 Local 102 Tel: 3606100 Cel: 3008464896
www.labanalisisbioclinico.com
Barranquilla – Colombia

Diagnostico Audiologico:

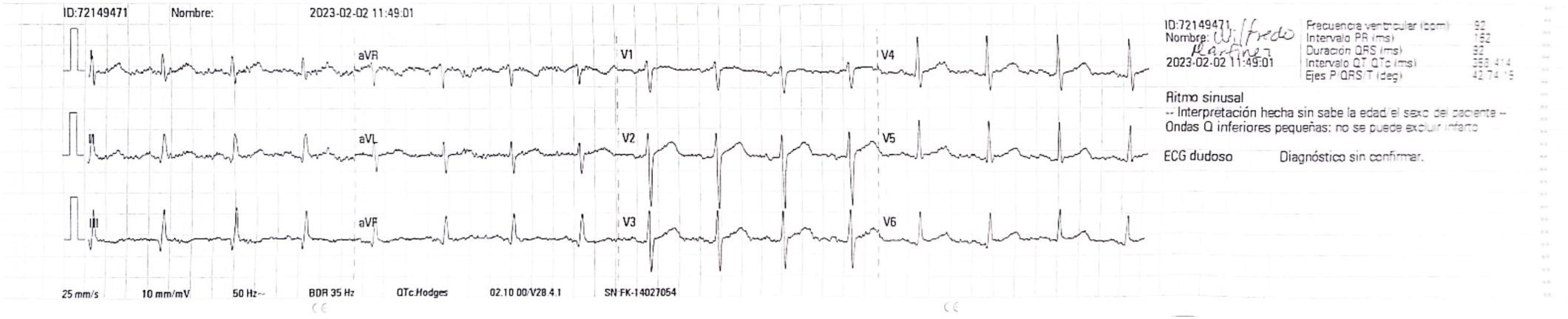
Oi Perdida Auditiva Leves Y Moderadas En Las Frecuencias 2000hz, 3000hz, 4000hz,6000hz Y 8000hz
Od Perdida Auditiva Leves Y Moderadas En Las Frecuencias 3000hz, 4000hz,6000hz Y 8000hz

Recomendaciones:

Audiometria Clinica Confirmatoria

Karina Manjarrez

Wilfredo Martinez Vieira
CC 72149471



Powered by CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) WILFREDO MARTINEZ VIEIRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72149471 realizó el día 21/02/2023 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 WILFREDO MARTINEZ VIEIRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72149471 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 -