SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**24498-209764**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA	**C.C.**	75.075.495	**IP/Nº de contacto**	3208530176
Correo electrónico contratista:	ejortiz@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **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** 46619846087

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: 4564004/2023 **Nº Compromiso SIIF** **14623**

Valor Total del Contrato	$ 35.576.666	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.576.666	**1**	**Del**	**06/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 4.105.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.471.666		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área: TRATAMIENTO DE AGUAS, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y a Distancia en los programas regular que imparte el Centro

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.105.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.105.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.659.200**		**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	----------	**4481012751**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.313.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 164.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 210.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.026.250	$ 185.000	
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	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 886.400	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.659.200,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.730.600,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0%
Menos Retencion IVA	0,00	0%
Reteica - 8299	0,00	
-	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	**$4.105.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO CINCO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación ficha 2693865, terminando "RESULTADO DE APRENDIZAJE DE LA INDUCCIÓN" y dando inicio a "MANEJAR SISTEMA DE CAPTACIÓN
Crear en Sofia Plus Ruta de Aprendizaje "TCO_TRATAMIENTOAGUA-2023", verificar registro y estado aprendices y asociar aprendices a Rut
Registrar en Sofía Plus juicios evaluativos de los resultados de aprendizaje obtenidos en el proceso de Inducción.
Acompañar aprendices que manifestaron su intención de retiro voluntario y se encuentran en el proceso.
Diligenciar Formato de "Duración de Horas de Ejecución del Programa de Formación".
Elaborar y publicar en Sofía Plus el Proyecto Formativo 2685286. Pago de estampillas PRO-UNIVERSIDAD de la Amazonía el 05/02/2023
Proceso de elaboración Planeación Pedagógica, Guías de Aprendizaje e Instrumentos evaluación.
Asistir reunión de instructores realizada 01 de febrero 2023 en la cafetería del Centro Tecnológico de la Amazonía.
Recurso: Nación. Municipio Presto Servicios: Cartagena del Chairá. Anexo Informe Mensual de Actividades del mes de: Febrero de 2023

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.

EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA
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,

CESAR FERNAND MARLES RODRIGUEZ
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

DANNY LÓPEZ SEGURA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

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 75075495
NOMBRES Y APELLIDOS	Ortiz Lozada,Edson Johann
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ortiz Lozada,Edson Johann, a los 03 días del mes de marzo 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892424046

(415)7707212489984(8020) 000001489242404 6

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

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 5 0 7 5 4 9 5	1 9 9 2 1 2 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	LOZADA	EDSON	JOHANN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 28 19 A 25 BRR ACOLSURE

42. Correo electrónico: johannortiz@hotmail.com

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

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
7 4 9 0	2 0 2 2 1 2 0 5	8 5 5 1	2 0 2 3 0 1 3 1				2 1 4 6	

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 2023 - 02 - 05 / 11 : 19: 27

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 ORTIZ LOZADA EDSON JOHANN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14892424046

(415)7707212489984(8020) 000001489242404 6

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido co 4 7 1 1	

162. Nombre del establecimiento: DISTRIBUCIONES G.P.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1	

165. Dirección: CL 22 13 66 BRR LA CONSOLATA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 2 0 3 6	2 0 0 8 0 1 0 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
4 3 6 2 4 6 4	2 0 1 0 0 1 1 9	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	75075495
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	CLL 28 # 19A 25 B/ ACOLSURE	TELÉFONO:	4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4481012751**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2023			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/01/10			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992942080

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

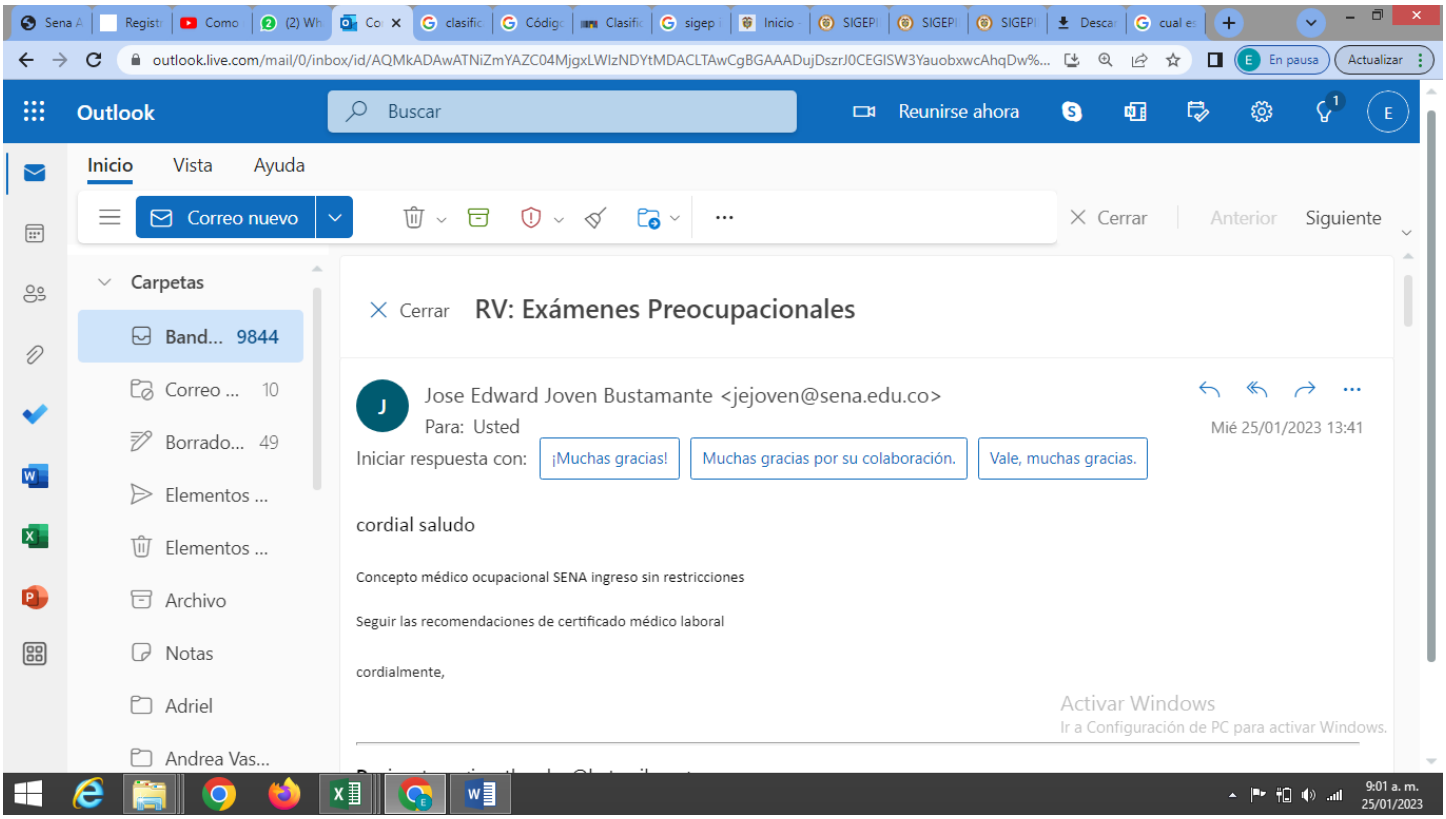
LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD							ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 75075495	ORTIZ LOZADA EDSON JOHANN	INDEPEND		$ 1.160.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 330.600**

Planilla Pagada

REVISIÓN DEL AREA DE TALENTO HUMANO





CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Edson Johann Ortiz Lozada	75075495	11328
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	3/10/1974
Direccion:	CALLE 28 N 19A-A25 ALCOSURE		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
52669	Masculino	48	Años	Casado	Profesional Universitari	FLORENCIA	20/01/2023 09:56:55

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	REFIERE NO SABER	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Contrato:			**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE III	**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, ELECTROCARDIOGRAMA , ENFASIS EN DERMATOLOGIA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, PRUEBA PSICOLOGICA , ESPIROMETRIA OCUPACIONAL.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE FORMULA OPTICA EN LABORES. CONTROL POR NUTRICION DE EPS: MANEJO DE OBESIDAD. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. SE RECOMIENDA DISMINUIR LA EXPOSICION A MOVIMIENTOS REPETITIVOS O POSICIONES FORZADAS. SE RECOMIENDA EN ESPACIOS EXTRALABORALES DE ESPARCIMIENTO: DESCANSAR Y RELAIZAR ACTIVIDADES DE DISPERSION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

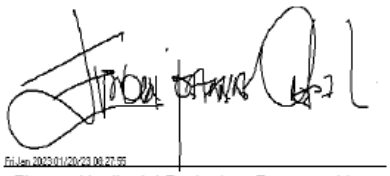


Tue Jan 2023 01:20:23 06:58:29

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM: Registro Médico 1049622905 Licencia 00341 de 2019

20/01/2023 11:11:44

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Fri Jan 2023 01:20:23 09:27:55

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL

CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
CALLE 18 N° 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Edson Johann Ortiz Lozada	75075495	11328
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	3/10/1974
Direccion:	CALLE 28 N 19A-A25 ALCOSURE		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
52669	Masculino	48 a	Casado	1	Profesional Universitari	FLORENCIA	20/01/2023 09:56:55

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	REFIERE NO SABER	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE III		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
EMPRESA DE SER	DIRECTOR DE PR	3 años	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
particular	instructor		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:
* Ampliacion de ITEMS señalados con "SI"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☑ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☐		HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☐		COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☐	No Refiere	Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐ No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐ No Refiere
Quirurgicos:	☑		Inmunizaciones:	☑		Medicamentosos:	☐ No Refiere
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐ No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐ No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere		

VACUA COVID 19= 2 DOSIS. PTERGION OCULAR IZQUIERDO. REFIERE HERNIA DISCAL LUMBAR HACE 4 AÑOS.

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

** Ampliacion Sobre los Item señalados con "SI" en antecedentes personales*

CICLO MENSTRUAL: No Aplica	G: ☐ P: ☐ A: ☐ V: ☐ C: ☐ M: ☐ E: ☐
FECHA ULTIMA REGLA: No Aplica	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: No Aplica	☐ METODO: No Aplica

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:		TETANO:				
PAPERAS Y RUBEOLA:		HEPATITIS:				
INFLUENZA:		OTRAS:	X	X		
Resultado Inmunizaciones:						

G. - HABITOS:

FUMA	○ Si ● No		
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0		
FUMABA: ○ Si ● No	CIGARRILLOS DIA:	0	
HASTA CUANDO:	n/r		

ALCOHOL:	○ Si	● No	
FRECUENCIA:	n/r	TIPO:	
ACTIVIDAD CULTURAL:	○ Si	● No	
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	○ Si	● No	
SEDENTARIO PURO:	○ Si	● No	
SEDENTARIO:	○ Si	● No	

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☒

Otros: No Refiere

Especifique:

BICICLETA OCASIONAL

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL: 100 Cms			
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
91 Kgs	174 Cms	30,1 k/m2	91 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	127/70 mmHg	Mediano	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	X
2. OJOS	N	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	X
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	X
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	X
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	N
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado	GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado	OPTOMETRIA:	Normal	Amétrope Corregido
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	Normal	NORMAL
GLICEMIA:	No Solicitado	No Solicitado	AUDIOMETRIA:	Normal	Normal
COLESTEROL:	Anormal	Total: 209.00 mg/dl	TRIGLICERIDOS:	Normal	138.00 mg/dl
			KOH:	No Solicitado	No Solicitado

ELECTROCARDIOGRAMA RITMO SINUSAL NORMAL. PRUEBA PSICOLOGICA: APTO

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo ☐	Visual ☐	Respiratorio ☐	Ergonomico ☐
	Dermatologico ☐	Cardiovascular ☐	Otros ☐	
	ESPECIFIQUE: _____			
TIPO DE PROTECCION	CASCO ☐	BOTAS ☐	GUANTES ☐	P. AUDITIVO ☐	P. RESPIRATORIA ☐	P. VISUAL ☐
	OTROS: _____					

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	[CIE1O No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
2	PRESBICIA
3	
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, ELECTROCARDIOGRAMA , ENFASIS EN DERMATOLOGIA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, PRUEBA PSICOLOGICA , ESPIROMETRIA OCUPACIONAL.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: USO DE FORMULA OPTICA EN LABORES. CONTROL POR NUTRICION DE EPS: MANEJO DE OBESIDAD. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. SE RECOMIENDA DISMINUIR LA EXPOSICION A MOVIMIENTOS REPETITIVOS O POSICIONES FORZADAS. SE RECOMIENDA EN ESPACIOS EXTRALABORALES DE ESPARCIMIENTO: DESCANSAR Y RELAIZAR ACTIVIDADES DE DISPERSION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: Ingreso

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo: ☑	No APTO para el Cargo: ☐	Aplazado: ☐	
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura: ☐	Espacios Confinados: ☐	Manipulacion de Alimentos: ☐	
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria: ☐	No Satisfactoria: ☐	Valoracion por E.P.S.: ☐	
Periodico o Cambio de Ocupacion: ☐		Reubicar Trabajador ☐	Continua en el Cargo ☐	

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM: Registro Medico 1049622905

Firma del Paciente o Responsable

Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA CC 75075495
Fecha: 20/01/2023 08:33:08
SID: 24436 Orden Nro. 59533
Empresa: PARTICULAR/SENA

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**20/01/2023**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	2 PISO
07:10 am	JAIME ANDRES GOMEZ RESTREPO	Espirometria	
07:20 am	JAIME ANDRES GOMEZ RESTREPO	Electrocardiograma	
08:30 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGR	Psicologia	
08:35 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometria	
10:24 am	JHONATHAN ORLANDO BARRERA	Medicina Ocupacional	
11:09 am	CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENTI	Audiometria	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC	1
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	1
OPTOMETRIA	1
ELECTROCARDIOGRAMA	1
ENFASIS EN DERMATOLOGIA	1
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL	1
	8

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada
*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.
*Evite Tocar la Puerta.
*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas
*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.
*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09
Su oponion es muy importante para nosotros.

El usuario tienen DERECHO a:
*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:
*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

CLIPSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA.

Edad: 48 AÑOS

20 DE ENERO 2023

El área física (Valor RECTITUD) es la más importante para EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).
El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

Le da un poco más de importancia a la rectitud que el resto de la población. Destaca el área física, dándole buena prioridad a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

Fernanda Prieto M.

FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
Nit: 900304743-4

Nombre: Edson Johann Ortiz Lozada **Fecha:** 20/01/2023 **SID-AUDIO : 22922**
No. Identificacion: 75075495 **Empresa:** PARTICULAR/SENA Particular
Edad: 48 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual:
Ruido Laboral:
Cargo Anterior: DIRECTOR PRODUCCION Y TRATAMIE
Empresa: SERVAF
Tiempo de Servicio:
Proteccion Auditiva:
Tiempo Servicio: 24 AÑOS, APROX.
Ruido Laboral: No Refiere
Proteccion Auditiva Utilizada: No Refiere
Ultimo Examen de Audiometria: 1 AÑO
Reporte Ultimo Examen: NORMAL

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido

Servicio Militar:	Si ○	No ●	Tiro al Blanco:	Si ○	No ●
Moto:	Si ●	No ○	Tejo:	Si ○	No ●
Carro:	Si ●	No ○	Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	Si ○	No ●
Avion / Helicoptero:	Si ○	No ●	Discoteca:	Si ○	No ●
Natacion:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●



Otros Cual: No Refiere Otras Actividades Extralaborales con Exposición al Ruido

III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	Si ○	No ●	Diabetes:	Si ○	No ●
Paperas:	Si ○	No ●	Sarampion:	Si ○	No ●
HTA:	Si ○	No ●	Paralisis Facil:	Si ○	No ●
Meningitis:	Si ○	No ●	Cefaleas:	Si ○	No ●
Rubeola:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros Cual?: No Refiere Otros Antecedentes Personales

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	Si ○	No ●	Otitis:	Si ○	No ●
Otorrea:	Si ○	No ●	Cirugias de Oido:	Si ○	No ●
Acufenos / Tinnitus	Si ○	No ●	Hipoacusia:	Si ○	No ●
Vertigo:	Si ○	No ●	Rinitis:	Si ○	No ●
Sensacion de Oidos Tapado	Si ○	No ●	Sinusitis:	Si ○	No ●
Infecciones:	Si ○	No ●	Alteraciones Vias Respiratorias:	Si ○	No ●
Tapon de Cerumen:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros: No refiere

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● Si ○ No
Hace Cuanto Tiempo: No Aplica
Igual por los dos Oidos: ● Si ○ No
Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ○ No ●
Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ○ No ●
Otras: No Refiere Otro Tipo de Morbilidad al Ruido

Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta:	Si ○	No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	Si ○	No ●
Le produce mal Genio:	Si ○	No ●
Le produce Desmotivacion:	Si ○	No ●
Interfiere su concentracion:	Si ○	No ●

OTOSCOPIA

PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

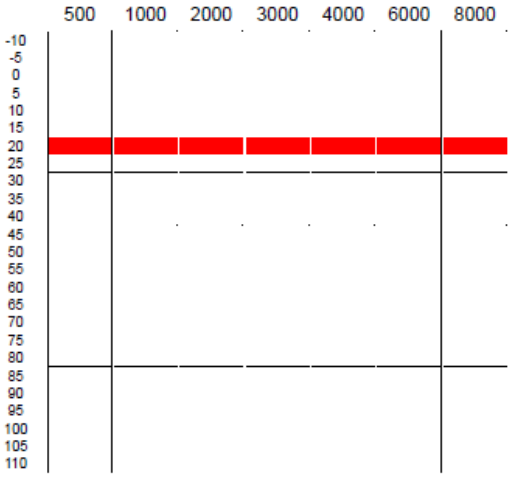
Reposo Auditivo: Si ● No ○ Horas Reposo: 7 HORAS



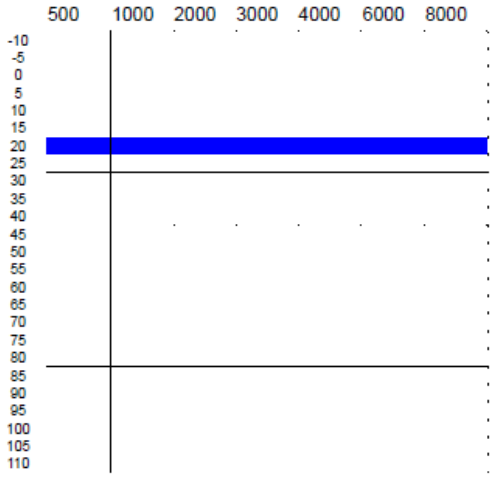
Descripcion: _____ Audiocups: ☑

Equipo: MAICO MA 42 Fecha Calibracion: 26/06/2018 Cabina: ☑

OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB	
Oido Derecho	20	20	20	20	20	20	20	20	20	dB
Oido Izquierdo	20	20	20	20	20	20	20	20	20	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Grado de Audición: Normal

Impresion Diagnostica: [CIE10-Z011]:EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Clasificacion Ocupacional: Larsen Normal

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

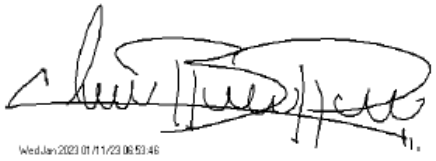
Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☑ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐



Evaluador: CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENTEL / TP 2700



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho

ClIPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA **SID : 24503**

No. Identificacion: 75075495

Edad: 48 Años **Sexo:** Masculino

Nro. Ordenamiento: 59666 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 24/01/2023 06:46:40

Fecha de Impresion: 24/01/2023 12:09:33 pm

Entidad: PARTICULAR

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. CUADRO HEMATICO			
Recuento de Leucocitos	9.3	x10^3/uL	3.70-10.1 x10^3/uL
% Granulocitos	64.9	%	39.0 - 65.0%
% Linfocitos	30.8	%	18.0 - 48.3 %
% Monocitos	4.3	%	4.40-12.7 %
# Granulocitos	6.0	x10^3/uL	1.63-6.96 x 10e3/uL
# Linfocitos	2.9	x10^3/uL	1.09-2.99 x10^3/uL
# Monocitos	0.4	x10^3/uL	0.240-0.790 x 10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	5.45	x10^3/uL	4.06-4.69 x10^3/uL
Hemoglobina	15.4	g/dL	12.9-14.2 g/dL
Hematocrito	46.2	%	37.7-53.7 %
Volumen Corpuscular Medio	86.9	fL	81.1-96.0 f/L
HB corpuscular media	28.3	pg	27.0-31.2 pg
Concentración HB corpuescular media	32.6	g/dL	31.8-35.4 g/dL
Ancho Distribución Eritrocitaria	13.3	%	11.5-14.5 %
Recuento de Plaquetas	291	x10^3/uL	150-450 x10^3/uL
Volumen Plaquetario Medio	10.0	fL	6.90-10.6 fL
Ancho de Distribución Plaquetas	16.6	10(GSD)	0.00-99.9 10(GSD)
Plaquetocrito	0.292	%	0.00-9.99 %
DIFERENCIAL MANUAL			
2. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	89.00	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl

ANDREA CRUZ

Validado ANDREA DEL PILAR CRUZ
BACTERIOLOGA - Bacterióloga Univ.

ClIPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre:	EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA **SID : 24436**	**Fecha de Recepcion:**	20/01/2023 08:33:13
No. Identificacion:	75075495	**Fecha de Impresion:**	20/01/2023 04:32:20 pm
Edad:	48 Años **Sexo:** Masculino	**Entidad:**	PARTICULAR/SENA
Nro. Ordenamiento:	59533 Página 1 de 1	**Solicitante:**	A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	**209.00**	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	**38.00**	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	138.00	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	27.6	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	**143.4**	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	5.5		0 - 5.7

Validado:ANDREA DEL PILAR CRUZ
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Univ.

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE OPTOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Edson Johann Ortiz Lozada **Fecha:** 20/01/2023 12:00:00 AM **SID-VISIO : 28281**
No. Identificacion: 75075495 **Empresa:** PARTICULAR/SENA Particular
Edad: 48 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR Ingreso



Cargo: INSTRUCTOR Area: AMBIENTAL Antiguedad: INGRESO
A. Personales Visuales: QX PTERIGIO O.I HACE 20 AÑOS
A. Familiares Visuales: No Refiere
A. Ocupacionales Visuales: No refiere
Exposicion Laboral Visual: VIDEOTERMINALES.
Usa Anteojos: ● Si ○ No Bifocal: ○ Si ● No LDC: ○ Si ● No
Tipo de Uso : Permanente Trae Rx: ● Si ○ No

Ultimo Examen: 3 MESES Ultimo Diagnostico: PRESBICIA

RX EN USO TIPO DE LENTE: PROGRESIVO

OD: **AV:**
OI: **AV:**

Sintomatologia: VISION BORROSA AL LEER

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion		PH
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
O.D.:	0.5M		O.D.: 20/20	1.50M	O.D.:
O.I:	0.5M		O.I: 20/20	1.50M	O.I:
A.O:	0.5M		A.O: 20/20	1.50M	A.O:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO
Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal
Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: SANO **OI:** SANO

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: _____ **ME:** _____

OI: _____ **ME:** _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: N **AV:** 20/20

OI: N **AV:** 20/20

Retinoscopia Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: ANORMAL **OI:** ANORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X **Anormal:** _____

● Corregido ○ No Corregido ○ Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	NEUTRO		°	20/20
	IZQUIERDO	NEUTRO		°	20/20
CERCA	DERECHO	+1,75		°	0,5
	IZQUIERDO	+1,75		°	0,5
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: MONOFOCAL					
CLASE DE FILTRO:					

Clasificación: Amétrope Corregido

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION ADECUADAMENTE CORREGIDO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Impresion Diagnostica DISCROMATOPSIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, PRESBICIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: USO DE LENTES PROGRESIVOS, USO DE FILTRO AR , USO CORRECCION OPTICA PARA VISION PROXIMA, CONTROL EN UN AÑO.

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- Res. No. 0052

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Edson Johann Ortiz Lozada	75075495	11328
Empresa:	PARTICULAR/SENA	Fecha Nacimiento:	3/10/1974
Direccion:	CALLE 28 N 19A-A25 ALCOSURE		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
52669	Masculino	48	Años	Casado	Profesional Universitari	FLORENCIA	20/01/2023 09:56:56

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	REFIERE NO SABER	Cargo:	INSTRUCTOR
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE III		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION	PLEOMORFICO:	☐	ENDOMORFICO:	☐	ECTOMORFICO:	☐	
2. POSTURA	NORMAL:	☑	ASIMETRICA:	☐			
3. CURVATURA COLUMNA	NORMAL:	☑	NO:	☐			
4. MARCHA	NATURAL:	☑	RIGIDEZ:	☐	COJERA:	☐	
5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
6. PALPACION							
a. APOFISIS ESPINOSAS:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
d. MUSCULOS PARAESPINALES:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
7. PERCUSION							
EXAMEN FUNCIONAL							
FLEXION							
GRADO I:	☐	GRADO II:	☐	GRADO III:	☑	GRADO IV:	☐
PRUEBA DE SCHOBER			MAYOR DE 5 CMS (N):	☑	MENOS DE 5 CMS:	☐	
EXTENSION							
INCLINACION LATERAL							
ROTACION Y FLEXION			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER			RELAJACION PV:	☑	CONTRACTURA PV:	☐	
CUNCLILLAS							
ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
ESCOLIOSIS:			SI:	☐	NO:	☑	
MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:			TONO NORMAL:	☑	DEBILIDAD:	☐	
MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:			TONO NORMAL:	☑	DEBILIDAD:	☐	

LONGUITUD APARENTE:

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES: _____ _____

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR MUSLO: _____ _____

PRUEBA LASEGUE: POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1:	● N	○ AN
DERMATOMA L4:	● N	○ AN
DERMATOMA L5:	● N	○ AN
DERMATOMA S1:	● N	○ AN
DERMATOMA S2:	● N	○ AN
DERMATOMA S3:	● N	○ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO:	● N	○ AN
CUADRICEPS:	● N	○ AN
TIBIAL ANTERIOR:	● N	○ AN
EXTENSOR PPIO DEL PULGAR:	● N	○ AN
ADUCTORES DE CADERA:	● N	○ AN
GLUTEO MEDIANO	● N	○ AN
GLUTEO MAYOR:	● N	○ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO:	● N	○ AN
REFLEJO AQUILIANO:	● N	○ AN

ARTICULACION SACROILIACA		
FABERE:	○ POS	● NEG
MANGO DE BOMBA:	○ POS	● NEG

OBSERVACIONES:

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM: Registro Medico 1049622905

Firma del Paciente o Responsable

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9



Indice Derecho

Hace constar:

Que el Sr(a) EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 75075495 realizó el día 02/03/2023 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 EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 75075495 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 **EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA** con **CC** No. **75075495**, 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:** 06/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 06/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 21/10/2023 **Clase de Riesgo:** 4 **Cargo :** PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL **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): 202301012308489.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 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

Certificado Bancario

Jueves, 02 de marzo de 2023

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA identificado(a) con CC 75075495, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	46619846087	2004/10/25	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2023.02.06 11:07:14 -05:00

Código de Seguridad: y4BSJJZa4YJBwe3Mk/JECg==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	NV-100083526	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	34275018	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	06/02/2023	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA NEIVA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	06/02/2023	24:00 Horas Del	21/02/2024		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	ORTIZ LOZADA, EDSON JOHANN	No. DOC. IDENTIDAD	75.075.495
DIRECCIÓN	CL 28 19 A 25 BRR ACOLSURE	TELÉFONO	3208530176
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL CAQUETA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CARRERA 5 NO 16 - 16	TELÉFONO	8844545
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL CAQUETA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CARRERA 5 NO 16 - 16	TELÉFONO	8844545

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO.CO1.PCCNTR.4564004 , CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTOR DEL ÁREA: TRATAMIENTO DE AGUAS, IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y EL SEGUIMIENTO EN LA ETAPA PRODUCTIVA; EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CONOCIMIENTO DE LA FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL, Y COMPLEMENTARIA Y A DISTANCIA EN LOS PROGRAMAS REGULAR QUE IMPARTE EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA.

ASEGURADO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CAQUETA KM 3 VÍA AL AEROPUERTO TELÉFONO: 4374787

ELABORÓ: JHON GILBER RIVERA

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 06/02/2023	24:00 Horas Del 21/02/2024	3.557.666,60	20.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 3.557.666,60	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
LEALI SEGUROS ZOMAC LTDA	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	$	20.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	$	29.750,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 06/02/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APP

Scanned with CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA PASA APF Asociación Panamericana de Fianzas Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **NV-100083526** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **ORTIZ LOZADA, EDSON JOHANN** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL CAQUETA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL CAQUETA** , expedida por la Compañía en **06/02/2023,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AGENCIA NEIVA a los **06** días del mes **FEBRERO** del año **2023.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Scanned with CamScanner

seguros mundial

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	34275018
Fecha de Facturación	06/02/2023
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	NV-100083526
Periodo Facturado	06/02/2023 | 21/02/2024
Fecha Límite de Pago	08/03/2023
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00
IVA	4.750,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ORTIZ LOZADA, EDSON JOHANN
CL 28 19 A 25 BRR ACOLSURE	75075495
Intermediario	LEALI SEGUROS ZOMAC LTDA

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **[illegible]** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	34275018
Fecha de Facturación	06/02/2023
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	NV-100083526
Periodo Facturado	06/02/2023 | 21/02/2024
Fecha Límite de Pago	08/03/2023
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00
IVA	4.750,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ORTIZ LOZADA, EDSON JOHANN
CL 28 19 A 25 BRR ACOLSURE	75075495
Intermediario	LEALI SEGUROS ZOMAC LTDA

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)0000034275018(3900)000000029750(96)20230308

Bancos Corresponsales OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990034275018(3900)000000029750(96)20230308

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

seguros mundial

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago · Mercar · 4-72

OPCIÓN 2

BANCOS

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

CORRESPONSALES

puntored
Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tu compañía siempre

Scanned with CamScanner

seguros mundial

RECIBO ELECTRONICO No. 6933087

NIT: 860.037.013-6 **CIUDAD Y FECHA:** NEIVA 2023/02/06 11:19:31

VALOR TOTAL: 29.750,00

RECIBO DE: ORTIZ LOZADA EDSON JOHANN

NUMERO DE IDENTIFICACION: CC 75075495

POR CONCEPTO DE: PAGO ELECTRONICO DE PRIMAS

FORMA DE PAGO:

Medio De Pago	No. De Documento	No. De Autorización	Entidad	Valor
P.S.E.	20231000127682	1903060490	BANCOLOMBIA	29,750.00

OBSERVACIONES: Ramo: CUMPLIMIENTO Póliza(s): 100083526 Certificado(s): 34275018;

FIRMA AUTORIZADA

CAJA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS

DIRECCIÓN IP: 10.158.85.50 **CORREO:**

TES-08N-05/2019

Scanned with CamScanner

Florencia, 03/03/2023

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

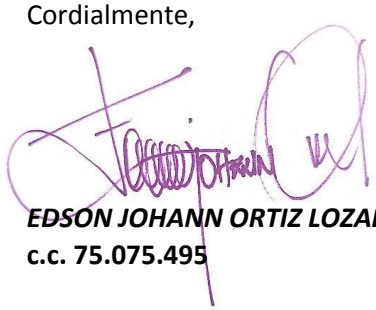
Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
Ortiz Pascuas Victoria	1.117.931.322	Hija menor de 18 años

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



EDSON JOHANN ORTIZ LOZADA
c.c. 75.075.495

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento _X__
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1117931322

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35663553

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 9 K

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

COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ORTIZ

Segundo Apellido: PASCUAS

Nombre(s): VICTORIA

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes JUL Día 09

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo Sanguíneo: B

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 51077608-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PASCUAS RENGIFO YOIS SMITH

Documento de identificación (Clase y número): C.C.36.314.203 NEIVA HUILA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ORTIZ LOZADA EDSON JOHANN

Documento de identificación (Clase y número): C.C.75.075.495 MANIZALES

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ORTIZ LOZADA EDSON JOHANN

Documento de identificación (Clase y número): C.C.75.075.495 MANIZALES

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2008 Mes JUL Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza: CECILIA MUÑOZ GONGORA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

Notaría Primera del Círculo de Florencia.
Certifico que esta fotocopia corresponde al original que tuve a la vista.
Florencia, 19 MAR 2010

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO CECILIA MUÑOZ GONGORA Florencia - Caquetá

PECH S.A. NIT. 860.321.161-0

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -