SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**55622-807435**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: EDWIN YEZITH AMAYA SILVA
Correo electrónico contratista: eamaya@sena.edu.co
C.C. 4.208.753 **IP/Nº de contacto** 3133710376

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

Banco al cual consignar: AV VILLAS **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 720879092

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: 4688881/2023 **Nº Compromiso SIIF** 27423

Valor Total del Contrato	$ 38.377.629	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.377.629	**1**	**Del**	**27/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 523.927,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.853.702		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal como instructor técnico Agrícola aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos de los diseños curriculares asignados por la coordinación académica para el cumplimiento de los compromisos institucionales e indicadores del centro de formación en el marco del servicio de formación para el trabajo emprendimiento

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 523.927		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	**$ 523.927**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 108.676**		**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	----------	**9446097922**
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 II	$ 12.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 130.981	$ -	
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	$ 52.393	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 42.339	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	108.676,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	193.327,00	
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 - 334	3.196,00	0,610%
-	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	**$520.731,00**	

SON: QUINIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

27,Febrero paz de rio peromocion formacion Emprendmiento en produccion de frutales perennes
278, Febrero,Sativa Sur, Promocion formacion Emprendimiento en Produccion de Frutales semiperennes

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

EDWIN YEZITH AMAYA SILVA
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,

LUIS ALEJANDRO AGUIRRE CAMACHO
INSTRUCTOR G19

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

ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 4208753		AMAYA SILVA EDWIN YEZITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 11 No 22-127	SOGAMOSO-BOYACA	7700361	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1000001698	9446097922	I	2023/02/13	2023/03/07	BANCO BOGOTA	22	$351,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	4208753	AMAYA EDWIN							X											25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$12,200	0	$0	$0	No	$342,800
Total	**Afiliados(1)**																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$12,200		$0	$0		$342,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 4208753		AMAYA SILVA EDWIN YEZITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 11 No 22-127	SOGAMOSO-BOYACA	7700361	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1000001698	9446097922	I	2023/02/13	2023/03/07	BANCO BOGOTA	22	$351,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$4,900	$0	$190,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$4,900	$0	$190,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,200	$400	$0	$12,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$12,200	$400	$0	$12,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$3,800	$0	$148,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$3,800	$0	$148,800
TOTAL				**1**	**$342,800**	**$9,100**	**$0**	**$351,900**

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 **EDWIN YEZITH AMAYA SILVA** con **CC** No. **4208753**, 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:** 24/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 24/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 19/12/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **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): 202301013342601.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de marzo 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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, marzo de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1057603003**	**Analía Amaya Castillo**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

_____
FIRMA

Nombre: ___Edwin Yezith Amaya Silva__

C.C. ___4208753_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.057.603.003**

AMAYA CASTILLO

APELLIDOS

ANALIA

NOMBRES

Analia Amaya C

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-2015**

SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

18-MAR-2033 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

18-ABR-2022 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-0727700-01291925-F-1057603003-20220427 0078902889A 1 8504549898

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN YEZITH AMAYA SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 4208753 realizó el día 14/03/2023 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 EDWIN YEZITH AMAYA SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 4208753 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN YEZITH AMAYA SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 4208753 el día 14/03/2023 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14744535805

(415)7707212489984(8020) 000001474453580 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 2 0 8 7 5 3	7	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 2 0 8 7 5 3	1 9 9 9 0 2 1 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AMAYA	SILVA	EDWIN	YEZITH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

41. Dirección principal: CR 6 A 5 22

42. Correo electrónico: eamaya51@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 8 6 5 3 8 8	3 1 3 3 7 1 0 3 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
0 1 6 1	2 0 1 3 0 3 0 9	8 5 2 3	2 0 0 9 0 3 0 3		6 8 1 0	8 5 5 1	2 2 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 2021 - 02 - 28 / 11 : 34: 05

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 AMAYA SILVA EDWIN YEZITH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 720879092

El Banco AV Villas certifica que: **Edwin Yezith Amaya Silva**
identificado con el documento No. 4208753, tiene en la oficina SOGAMOSO (720) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 720879092 desde el 30 de julio de 2012.

Fecha de expedición: 31/01/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777
Barranquilla: 330 4330
Bucaramanga: 630 2980
Medellín: 325 6000
Cali: 885 9595
Resto del país: 01 8000 51 8000

Grupo AVAL

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación cc 4208753 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 15/03/2023 11:43 AM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

IPS MEDICINA Y SEGURIDAD SAS

NIT: 900430951-9

CONTACTOS
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: EDWIN YESITH AMAYA SILVA			**GÉNERO:** Masculino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 4208753	**FECHA NACIMIENTO:** 03/02/1981	**EDAD:** 42 año(s) 7 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: SENA			**TIPO EXAMEN:** Ingreso
CARGO DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR	**JORNADA TRABAJO:** Diurno		**FECHA:** 07/02/2023

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES							
						X	Ninguna
X	1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo	X	1.7. Control de peso y nutrición
	1.2. Continuar manejo médico		1.4. Inicio o continuar actividad física		1.6. Reducir consumo de alcohol		1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES						X	Ninguna
	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica		2.7. Pausas activas		2.9. Uso diario de bloqueador solar
	2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas		2.5. Uso de elementos de protección personal		2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
	2.3. Seguimiento por ARL		2.6. Pautas ergonómicas				

3. RESTRICCIONES						X	No Aplica
	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehiculos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO							
Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales							
X	Concepto Sin Restricciones para el cargo		Sin Restricciones para trabajo eléctrico		Requiere evaluar reubicación laboral		Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)		Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas		Requiere nueva valoración		Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado		Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados		Satisfactorio		Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos		Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria		Enfermedades de origen común		Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Sin Restricciones para trabajo en alturas						

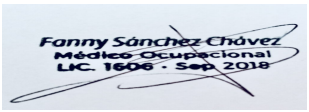
5. EXÁMENES REALIZADOS									
	Examen Físico		Rx Tórax	X	Perfil Lipídico		TSH		Frotis Faríngeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular		Rx Columna Lumbo Sacra		Perfil Hepático		Serología		KOH Uñas
X	Audiometría		Cuadro Hemático		Perfil Renal		Ácido Úrico		Coprológico
	Optometría	X	Glicemia		Frotis Sangre Periférica		Tamizaje Drogas		Baciloscopia
X	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol		Evaluación Neuropsicológica
X	Visiometría		Parcial de Orina		Espermograma		Colinesterasa	X	Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

PL GL COLINESTERASA PSICOLOGICO ESPIRO ENFASIS C ARDIOVASCULAR RESPIRATORIO MUSCULOESQUELETICO, CONTROL MEDICO Y NUTRICION, DIETA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES. SVE PREVENCION CARDIOVASCULAR.

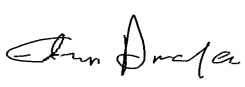
Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:



FANNY SANCHEZ CHAVEZ
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 1606/SEP/2018

PACIENTE:



EDWIN YESITH AMAYA SILVA

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

EVALUACIÓN – VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Fecha valoración: 7 de febrero de 2023 ***Cuidad:*** Sogamoso

Información Personal

Nombre: Edwin Yesith Amaya Silva	***Documento:*** 4.208.753
Edad: 42 Años	***Experiencia:*** 16 años
Tipo sangre: A+	***Cargo:*** Instructor Agrícola
Nivel educativo: Especialización	***Entidad:*** SENA
Estado civil: Casado	***Número de hijos:*** 2

RESULTADOS

Concepto final: *Trabajador* Psicológicamenteapto para desempeñar el cargo ***Instructor Agrícola..***

Observaciones *y recomendaciones:*

- Realizar Pausas activas dentro de la jornada laboral
- Realizar actividades recreativas y/o deportivas en el tiempo libre.
- Promover el autocuidado.

Angela Cely Sáenz
Psicologa U.P.T.C
T.P 130439

ANGELA PAULYN CELY SAENZ
PSICOLOGA ESP. EN SALUD OCUPACIONAL Y PREVENCION DE REISGOS LABORALES
Resolución 0430 de marzo 31 de 2016 de la secretaria salud de Boyacá.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS TERCERA VERSIÓN

RESULTADOS

	PUNTAJE TRANSFORMADO	NIVEL DE ESTRES
TOTAL GENERAL SINTOMAS DE ESTRES	0.6	MUY BAJO

INTERPRETACION NIVELES DE RIESGO
Muy bajo: ausencia de síntomas de estrés u ocurrencia muy rara que no amerita desarrollar actividades de intervención específicas, salvo acciones o programas de promoción en salud **Bajo:** es indicativo de baja frecuencia de síntomas de estrés y por tanto escasa afectación del estado general de salud. Es pertinente desarrollar acciones o programas de intervención, a fin de mantener la baja frecuencia de síntomas. **Medio:** la presentación de síntomas es indicativa de una respuesta de estrés moderada. Los síntomas más frecuentes y críticos ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales en la salud. Además, se sugiere identificar los factores de riesgo psicosocial intra y extralaboral que pudieran tener alguna relación con los efectos identificados. **Alto:** la cantidad de síntomas y su frecuencia de presentación es indicativa de una respuesta de estrés alto. Los síntomas más críticos y frecuentes requieren intervención en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica. Además, es muy importante identificar los factores de riesgo psicosocial intra y extralaboral que pudieran tener alguna relación con los efectos identificados. **Muy alto:** la cantidad de síntomas y su frecuencia de presentación es indicativa de una respuesta de estrés severa y perjudicial para la salud. Los síntomas más críticos y frecuentes requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica. Así mismo, es imperativo identificar los factores de riesgo psicosocial intra y extralaboral que pudieran tener alguna relación con los efectos identificados.

Ψ
Correo: angela.cely@uptc.edu.co
ANGELA PAULYN CELY SAENZ - 314 271 75 04

SST

Señale con una X la casilla que indique la frecuencia con que se le han presentado los siguientes malestares en los últimos tres meses.

Malestares	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
1. Dolores en el cuello y espalda o tensión muscular.				X
2. Problemas gastrointestinales, úlcera péptica, acidez, problemas digestivos o del colon.				X
3. Problemas respiratorios.				X
4. Dolor de cabeza.				X
5. Trastornos del sueño como somnolencia durante el día o desvelo en la noche.				X
6. Palpitaciones en el pecho o problemas cardíacos.				X
7. Cambios fuertes del apetito.				X
8. Problemas relacionados con la función de los órganos genitales (impotencia, frigidez).				X
9. Dificultad en las relaciones familiares.				X
10. Dificultad para permanecer quieto o dificultad para iniciar actividades.				X
11. Dificultad en las relaciones con otras personas.				X
12. Sensación de aislamiento y desinterés.				X
13. Sentimiento de sobrecarga de trabajo.				X
14. Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes.				X
15. Aumento en el número de accidentes de trabajo.				X
16. Sentimiento de frustración, de no haber hecho lo que se quería en la vida.				X
17. Cansancio, tedio o desgano.				X
18. Disminución del rendimiento en el trabajo o poca creatividad.				X
19. Deseo de no asistir al trabajo.				X
20. Bajo compromiso o poco interés con lo que se hace.				X
21. Dificultad para tomar decisiones.				X
22. Deseo de cambiar de empleo.				X
23. Sentimiento de soledad y miedo.				X
24. Sentimiento de irritabilidad, actitudes y pensamientos negativos.				X
25. Sentimiento de angustia, preocupación o tristeza.				X
26. Consumo de drogas para aliviar la tensión o los nervios.				X
27. Sentimientos de que "no vale nada", o " no sirve para nada".				X
28. Consumo de bebidas café			X	
29. Sentimiento de que está perdiendo la razón.				X
30. Comportamientos rígidos, obstinación o terquedad.				X
31. Sensación de no poder manejar los problemas de la vida.				X

Ψ
Correo: angela.cely@uptc.edu.co
ANGELA PAULYN CELY SAENZ - 314 271 75 04

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

IPS MEDICINA Y SEGURIDAD SAS

NIT: 900430951-9

CONTACTOS
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

EPICRISIS - RESUMEN CONSULTA VISIOMETRÍA

PACIENTE: EDWIN YESITH AMAYA SILVA	**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 4208753	**FECHA NACIMIENTO:** 03/02/1981	**EDAD:** 42 año(s) 21 día(s)
GÉNERO: Masculino	**INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA:** PARTICULAR		**TIPO PLAN:** Otro	**TIPO VINCULACIÓN:** No Aplica

FINALIDAD CONSULTA	CAUSA	PRIMERA VEZ	FECHA EVENTO
No aplica	Otra	Si	7/02/2023 8:18:27

MOTIVO CONSULTA	INGRESO
ENFERMEDAD ACTUAL	NO RPEORTA

EXÁMEN VISIOMETRÍA

SÍNTOMAS												**Último Exámen Visual:** 1 AÑO	
Cefalea		Dolor o Ardor		Mala Visión de Lejos		Fotofobia		Resequedad					
Lagrimeo o Secreción		Ojos Rojos		Visión Doble / Borrosa		Dificultad Enfoque		Salto de Renglón					
Cansancio		Mala Visión de Cerca		Pesadez Palpebral		Pesadez Palpebral		Otros					
ANTEOJOS								**LENTES CONTACTO**					
Para Lejos		Para Cerca		Permanentes		Temporales		No					

MOTILIDAD OCULAR			Visión Cromática
Cover Test		//	Normal
Visión Lejana	**Visión Próxima**	**Punto Próximo Convergencia**	**Estereopsis**
ORTO	EXO	8 CM	Normal

EXÁMEN EXTERNO

Segmento Anterior Normal

AGUDEZA VISUAL				INTERPRETACIÓN	
OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**		Problema de refracción no corregido	
Visión Lejana		**Visión Lejana**		Problema de refracción adecuadamente corregido	
Sin Corrección: 20/20	**Con Corrección:** 20/20	**Sin Corrección:** 20/202	**Con Corrección:** 20/02	Problema de refracción inadecuadamente corregido	
Visión Próxima		**Visión Próxima**		No requiere corrección	X
Sin Corrección: 20/20	**Con Corrección:** 20/20	**Sin Corrección:** 20/20	**Con Corrección:** 20/20	Adecuadamente corregida para patología de base	

RECOMENDACIONES GENERALES

AV ENTRE LOS PARAMETROS NORMALES NO REQUIERE USO DE CORRECCION OPTICA.CONTROL VISUAL EN 1 AÑO. SE RECOMIENDA PROTECCION VISUAL

OBSERVACIONES GENERALES

AV ENTRE LOS PARAMETROS NORMALES NO REQUIERE USO DE CORRECCION OPTICA.CONTROL VISUAL EN 1 AÑO. SE RECOMIENDA PROTECCION VISUAL

ANÁLISIS	Sin Información
PLAN	Sin Información

INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO(S)

DIAGNÓSTICO	TIPO DIAGNÓSTICO	¿ES PRINCIPAL?	OBSERVACIONES
EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION (Z010)	Confirmado nuevo	Si	AV ENTRE LOS PARAMETROS NORMALES NO REQUIERE USO DE CORRECCION OPTICA.CONTROL VISUAL EN 1 AÑO. SE RECOMIENDA PROTECCION VISUAL

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

IPS MEDICINA Y SEGURIDAD SAS

NIT: 900430951-9

CONTACTOS
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

INFORMACIÓN ORDENES	
MEDICAMENTO(S)	Sin Información
PROCEDIMIENTO(S) O EXAMEN (ES) DIAGNÓSTICO(S)	Sin Información
REMISIÓN(ES) MÉDICA(S)	Sin Información

FUNCIONARIO RESPONSABLE:



SERGIO FELIPE CORTES MORALES
Optometria

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

IPS MEDICINA Y SEGURIDAD SAS

NIT: 900430951-9

CONTACTOS
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

EPICRISIS - RESUMEN CONSULTA AUDIOMETRÍA

PACIENTE: EDWIN YESITH AMAYA SILVA	**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 4208753	**FECHA NACIMIENTO:** 03/02/1981	**EDAD:** 42 año(s) 21 día(s)
GÉNERO: Masculino	**INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA:** PARTICULAR		**TIPO PLAN:** Otro	**TIPO VINCULACIÓN:** No Aplica

FINALIDAD CONSULTA	CAUSA	PRIMERA VEZ	FECHA EVENTO
No aplica	Enfermedad general	Si	7/02/2023 8:23:44

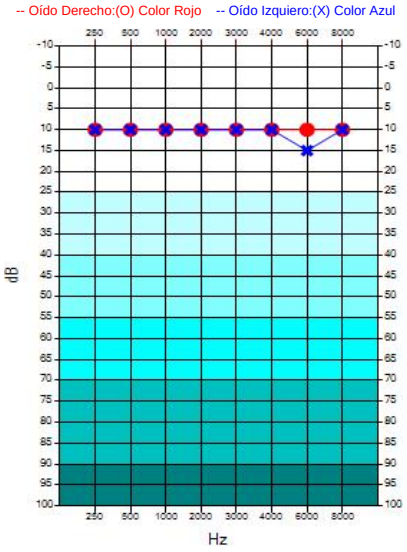
MOTIVO CONSULTA	EXAMEN DE INGRESO
ENFERMEDAD ACTUAL	Sin Información

EXÁMEN AUDITIVO

RESULTADOS OTOSCOPIA

Pabellón Auricular		Conducto Auditivo Externo		Membrana Timpánica	
Oído Derecho	Normal	**Oído Derecho**	Normal	**Oído Derecho**	Normal
Oído Izquierdo	Normal	**Oído Izquierdo**	Normal	**Oído Izquierdo**	Normal

AUDIOMETRÍA



CONVENCIONES

	Oído Derecho		Oído Izquierdo	
	Sin Masking	Con Masking	Sin Masking	Con Masking
Vía Aérea	o	Δ	x	□
Vía Osea	<	[	>	]
Inaudible	↓		↓	

VÍA AÉREA

FRECUENCIA EN HZ	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oído Derecho	10	10	10	10	10	10	10	10
Oído Izquierdo	10	10	10	10	10	10	15	10

INTERPRETACIÓN

SEVERIDAD - CAOHC	Oído Derecho	Oído Izquierdo
Normal (0 - 25 dB)	X	X
Leve (26 - 40 dB)		
Moderado (41 - 55 dB)		
Moderado Severa (56 - 70 dB)		
Severa (71 - 90 dB)		
Profunda (>90 dB)		
Cofosis		

	INTERPRETACIÓN
X	Control Auditivo en un Año
	Control Auditivo en Seis Meses
	Exámenes Audiológicos Complementarios
X	Uso Protección Auditiva
	Control por Otorrinolaringología

RECOMENDACIONES GENERALES

SI ESTA EXPUESTO A RUIDO USAR PROTECCIÓN AUDITIVA Y REALIZAR PAUSAS

OBSERVACIONES GENERALES

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

CONTACTOS
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

ANÁLISIS	Sin Información
PLAN	Sin Información

INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO(S)

DIAGNÓSTICO	TIPO DIAGNÓSTICO	¿ES PRINCIPAL?	OBSERVACIONES
EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION (Z011)	Confirmado nuevo	Si	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

INFORMACIÓN ORDENES

MEDICAMENTO(S)	Sin Información
PROCEDIMIENTO(S) O EXAMEN (ES) DIAGNÓSTICO(S)	Sin Información
REMISIÓN(ES) MÉDICA(S)	Sin Información

FUNCIONARIO RESPONSABLE:



FLOR ANGELA LAGOS VERGARA
Foniatria y fonoaudiología
Registro Profesional: 004525

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

WINLAB
LABORATORIO CLÍNICO

10010369

Orden No	: 10010369	**Tipo de Contrato**	: OCUPACIONAL
Paciente	: EDWIN YEZITH AMAYA SILVA	**Fecha Ingreso**	: 2023-02-07 09:36:05
Documento	: 4208753	**Fecha de Impresión**	: 2023-02-07 11:36:20.
Edad/Sexo	: 42 / M		
Convenio	: MEDICINA Y SEGURIDAD		
Médico	: MEDICOS VARIOS		

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Colinesterasa serica	**6162**	U/L	
Método: Espectofotometría			
			4659 - 14443 U/L
Colesterol Total	**176**	mg/dl	
			Optimo : Hasta 200 mg/dl
			Moderado: 200 - 239 mg/dl
			Elevado : > 240 mg/dl
Glucosa	**104**	mg/dl	
			Primer Dia : 40 - 60 mg/dl
			Mayor de 1 Dia: 50 - 80 mg/dl
			Adultos : 70 - 110 mg/dl
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**44.5**	mg/dl	
			Hombres Mujeres
			Riesgo Menor : > 50 mg/dl
			Riesgo Normal : 40-60 mg/dl
			Riesgo Elevado: < 40 mg/dl
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**68.5**	mg/dl	79 Hasta 189
Triglicéridos	**315**	mg/dl	
			Hombres :40 - 160 mg/dl
			Mujeres :35 - 135 mg/dl
Observaciones	**DATO CONFIRMADO**		

WINLAB
LABORATORIO CLÍNICO

10010369

Orden No	: 10010369	**Tipo de Contrato**	: OCUPACIONAL
Paciente	: EDWIN YEZITH AMAYA SILVA	**Fecha Ingreso**	: 2023-02-07 09:36:05
Documento	: 4208753	**Fecha de Impresión**	: 2023-02-07 11:36:20.
Edad/Sexo	: 42 / M		
Convenio	: MEDICINA Y SEGURIDAD		
Médico	: MEDICOS VARIOS		

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

YOLANDA ASTRID GOMEZ GONZALEZ
BACTERIOLOGA
154

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Fecha de visita 14/02/2019

Cód. paciente 4208753		Edad	42
Apellido	AMAYA SILVA	Género	Masculino
Nom.	EDWIN YEZITH	Altura, cm	178
Fecha de nacimien	3/02/1981	Peso:, kg	105
Grupo étnico	Caucásico	BMI	33,14
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			

Interpretación

FVC PRE

FEV1 PRE

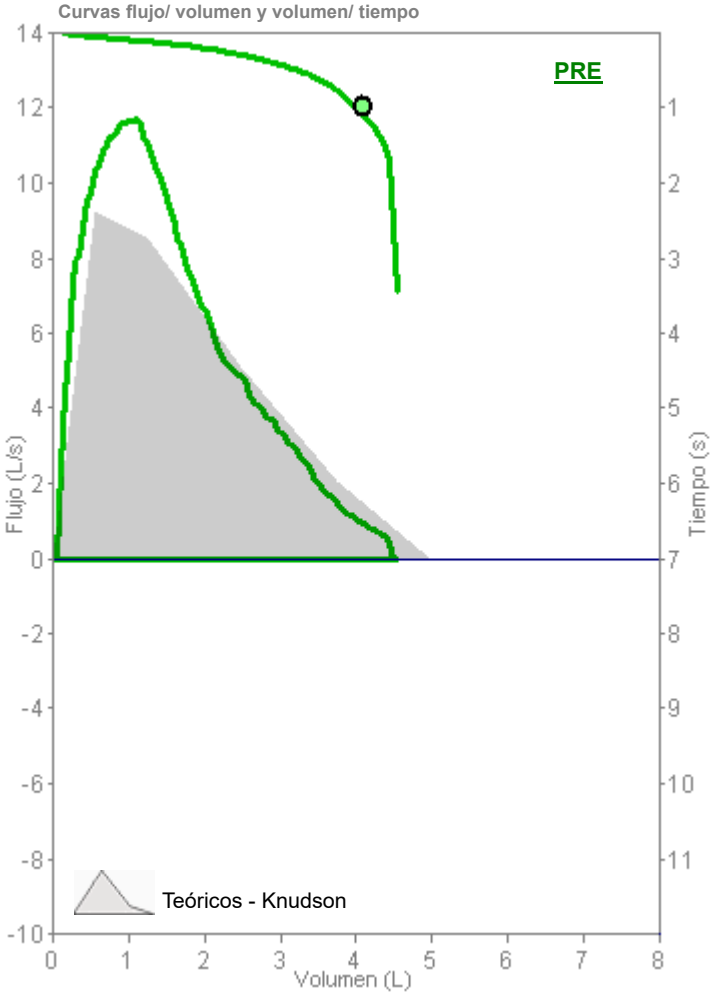
FEV1% PRE

Espirometría normal

Mejores valores de todas las curvas

Parámetros		Teór.	PRE	%Teór.	POST	%Camb.
FVC	L	4,99	4,55	91		
FEV1	L	4,10	4,05	99		
FEV1%	%	82,2	89,00	108		
PEF	L/s	9,27	11,75	127		

Curvas flujo/ volumen y volumen/ tiempo



Fecha prueba PRE 7/02/2023 7:33:59 a. m.

Parámetros		Teór.	PRE #1	%Teór.	PRE #2	PRE #3	POST#1	%Teór.	%Camb
FVC	L	4,99	4,55	91					
FEV1	L	4,10	4,05	99					
FEV1/FVC	%	82,2	89,0	108					
PEF	L/s	9,27	11,75	127					
ELA	años	42	44	105					
FEF2575	L/s	4,26	4,95	116					
FET	s	6,00	3,44	57					
FIVC	L	4,99							
FEV1/VC	%	82,2							

BTPS 1,092 25 °C 77 °F

Informe médico

Informe de calidad D

Firma

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y03340