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	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**91658-370753**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: JAIME YAMIT CAMARGO CORTES
Correo electrónico contratista: jycamargoc@sena.edu.co
C.C. 9.525.242 **IP/Nº de contacto** 3103349157

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

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** 35873912063

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: 4957168/2023 **Nº Compromiso SIIF** **79423**

Valor Total del Contrato	$ 27.637.132	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.637.132	**1**	**Del**	**15/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 2.095.707,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.541.425		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales como instructor de Emprendimiento - Administración 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 establecidos

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.095.707		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	**$ 2.095.707**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.453.880**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4500044806**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 523.926	$ -	
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	$ 484.627	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.453.880,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.950.707,00	
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	12.784,00	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	**$2.082.923,00**	

SON: DOS MILLONES OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Lunes 15 de Mayo , asistencia a las instalaciones de CEDEAGRO , con el fin de adelantar documentos de la Contratación.
Martes 16 de Mayo , se llamo telefónicamente y se envió correos a los contactos de los programas Gestión de proyectos Comunitarios .
Miercoles 17 de Mayo , Traslado al Municipios de Monguí conel fin de Contactar Funcionarios de la Alcaldia JOSE RIVERO Y ADRIANA LADIN
Jueves 18 de Mayo , Desplazamiento al Municipio de Mongui con el fin de dar apertura a la convocatoria al programa GESTION DE PROYECTO
Viernes 19 de Mayo , Asistencia a CEDEAGRO a Reunión con la Coordinadora académica y curso de S.S.T.
Martes 23 de Mayo, Desplazamiento al Municipio de Monguí , 24 mayo mongui , 25 de mayo mongui y 26 mayo Alcaldia de mongui .
Lunes 29 de mayo , Desplazamiento a la ciudad de villa de Leyva con el fin de dictar formacion a la ficha 2776144.
Martes 30 de mayo , desplazamiento a la ciudad de villa de Leyva con el fin de dictar formacion a la ficha 2776144.
miercoles 31 de mayo , desplazamiento a la ciudad de villa de leyva con el fin de dictar formacion a la ficha 2776144

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.

JAIME YAMIT CAMARGO CORTES
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,

JENNY ALEXANDRA SOLER GRANADOS
INSTRUCTOR G13

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)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9525242
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME YAMIT CAMARGO CORTES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 17 NO 9 - 34	TELÉFONO:	7700298
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4500044806**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/05/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994358817

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	$ 26.000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 26.000	$ 300	$ 0	$ 26.300
SUBTOTALES:													**$ 26.000**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 26.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.200	$ 2.200	$ 100	$ 0	$ 2.300
SUBTOTALES:									**$ 2.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 2.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES										
																													PENSIÓN									SALUD							ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 9525242	CAMARGO CORTES JAIME YAMIT	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	REQ CUMP PENS	$ 1.560.000				NO	27																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 208.000	$ 26.000	$ 0	$ 26.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	4	$ 208.000	9525242	$ 2.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 28.600**

Planilla Pagada

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 **JAIME YAMIT CAMARGO CORTES** con **CC** No. **9525242**, 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:** 08/05/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 08/05/2023 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023 **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): 202301015421000.

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

Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME YAMIT CAMARGO CORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 9525242 realizó el día 16/05/2023 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 JAIME YAMIT CAMARGO CORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 9525242 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 -

Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME YAMIT CAMARGO CORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 9525242 el día 16/05/2023 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 14775841994

(415)7707212489984(8020) 000001477584199 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 5 2 5 2 4 2	2	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	9 5 2 5 2 4 2	1 9 8 0 0 8 0 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
CAMARGO	CORTES	JAIME	YAMIT

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: CL 17 9 34

42. Correo electrónico: jycamargoc@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 3 4 9 1 5 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 2 3	2 0 0 6 0 2 0 1	8 5 5 1	2 0 1 6 0 1 0 1		8 2 9 9	6 8 1 0

Ocupación	
51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 08 - 05 / 20 : 07: 06

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 CAMARGO CORTES JAIME YAMIT
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Jueves, 27 de abril de 2023

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **JAIME YAMIT CAMARGO CORTES** identificado(a) con cc. **9525242** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	358-739120-63	2017/03/13	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

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 9525242 **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 02/05/2023 09:40 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: JAIME YAMIT CAMARGO CORTES			**GÉNERO:** Masculino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 9525242	**FECHA NACIMIENTO:** 10/08/1960	**EDAD:** 62 año(s) 8 mes(es) 24 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: SENA			**TIPO EXAMEN:** Ingreso
CARGO DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR	**JORNADA TRABAJO:** Diurno		**FECHA:** 03/05/2023

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
							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	X	2.5. Uso de elementos de protección personal	X	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

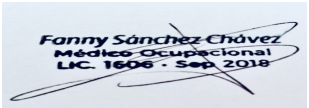
4. CONCEPTO MÉDICO							
Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales							
X	Concepto Sin Restricciones para el cargo		Sin Restricciones para trabajo eléctrico		Requiere evaluar reubicación laboral		Sin restricción para continuar su 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
	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol	X	Evaluación Neuropsicológica
X	Visiometría		Parcial de Orina		Espermograma		Colinesterasa		Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
ENFASIS EN SISTEMA 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:



JAIME YAMIT CAMARGO CORTES

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

WINLAB
LABORATORIO CLÍNICO

10014596

Orden No	: 10014596	**Tipo de Contrato**	: OCUPACIONAL
Paciente	: JAIME JAMIT CAMARGO CORTES	**Fecha Ingreso**	: 2023-05-03 09:33:30
Documento	: 9525242	**Fecha de Impresión**	: 2023-05-03 11:30:02.
Edad/Sexo	: 62 / M		
Convenio	: MEDICINA Y SEGURIDAD		
Médico	: MEDICOS VARIOS		

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Colesterol Total	**192**	mg/dl	
			Optimo : Hasta 200 mg/dl
			Moderado: 200 - 239 mg/dl
			Elevado : > 240 mg/dl
Glucosa	**90**	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	**46.1**	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	**87.9**	mg/dl	79 Hasta 189
Triglicéridos	**290**	mg/dl	
			Hombres :40 - 160 mg/dl
			Mujeres :35 - 135 mg/dl
Observaciones	**DATO CONFIRMADO**		

YOLANDA ASTRID GOMEZ GONZALEZ
BACTERIOLOGA
154

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: JAIME YAMIT CAMARGO CORTES	**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 9525242	**FECHA NACIMIENTO:** 10/08/1960	**EDAD:** 62 año(s) 8 mes(es) 24 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	3/05/2023 8:00:31

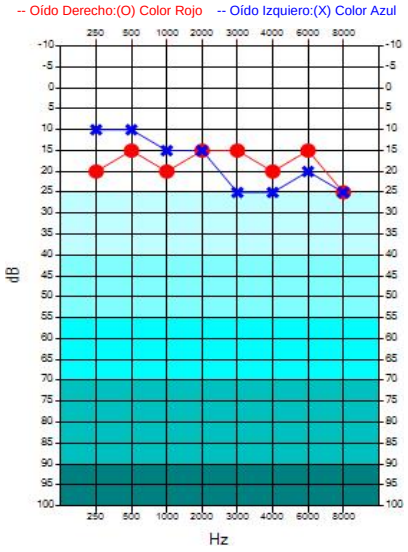
MOTIVO CONSULTA	EXAMEN DE INGRESO
ENFERMEDAD ACTUAL	Sin Información

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	20	15	20	15	15	20	15	25
Oído Izquierdo	10	10	15	15	25	25	20	25

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

EVALUACIÓN – VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Fecha valoración: 18/02/2023 ***Cuidad:*** Sogamoso

Información Personal

Nombre: Jaime Yamith Camargo Cortes	***Documento:*** 9.525.242
Edad: 62 Años	***Experiencia:*** 20 años
Tipo sangre: O+	***Cargo:*** Instructor
Nivel educativo: Universitario	***Entidad:*** SENA
Estado civil: Separado	***Número de hijos:*** 0

RESULTADOS

Concepto final: Psicológicamente apta para desempeñar el cargo ***Instructor.***

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 136419

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.

RESUMEN DE LA VALORACIÓN DEL TEST

Descripción general

Características	Descripción
Nombre del test	16PF-5
Autor	Raymond B. Cattell, A. Karen S. Cattell y Heather E.P. Cattell
Autor de la adaptación española	Nicolás Seisdedos Cubero
Editor de la adaptación española	TEA Ediciones
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2011
Constructo evaluado	Personalidad
Área de aplicación	Psicología Clínica Psicología Educativa Psicología Forense Psicología del Trabajo y de las organizaciones Psicología del Deporte
Soporte	Papel y lápiz Informatizado

Concepto final:

Teniendo en cuenta los resultados de los factores globales del 16pf-5 ***se emite el concepto de <u>Psicológicamente apta para desempeñar el cargo de Trabajadora Social</u>***, teniendo en cuenta los resultados se evidencia que en ocasiones se le dificulta relacionarse con las personas ya que es tímida, pero es un persona empática, es una persona con rasgos dependientes, en ocasiones se muestra tímida, es una persona sincera, presenta orientación baja al logro, La examinada presenta características en el factor A de afabilidad del test con baja tendencia a la comunicación y afectividad hacia los demás, sin embargo alterna momentos de compañía con algunos de soledad. Le gusta cooperar, se muestra generosa.

Refleja alta capacidad mental, adecuado nivel de aprendizaje, refiere adecuado control emocional y autorregulación. No refleja rasgos de ansiedad se le facilita seguir ordenes debido a probables rasgos de autoridad, disciplina.

Es probable que se le facilite generar soluciones y respuestas a diferentes problemáticas desde su quehacer profesional, aunque es una persona soñadora refleja adecuado manejo y estabilidad emocional. No refleja rasgos de ansiedad se le facilita seguir ordenes debido a probables rasgos de autoridad, disciplina y perseverancia.

Posee firmeza interna para tolerancia la frustración o la alta demanda laboral. En cuanto a sus relaciones con subordinados, es capaz de mantener una sólida moral de grupo y de motivación en el logro de metas o desafíos.

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

RESULTADOS

	PUNTAJE TRANSFORMADO	NIVEL DE ESTRES
TOTAL GENERAL SINTOMAS DE ESTRES	0,3	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.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS TERCERA VERSIÓN

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

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

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 Y SEGURIDAD SAS

NIT: 900430951-9

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

EPICRISIS - RESUMEN CONSULTA VISIOMETRÍA

PACIENTE: JAIME YAMIT CAMARGO CORTES	**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 9525242	**FECHA NACIMIENTO:** 10/08/1960	**EDAD:** 62 año(s) 8 mes(es) 24 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	3/05/2023 9:07:42

MOTIVO CONSULTA	INGRESO
ENFERMEDAD ACTUAL	USAURIO DE RX PARA VISION PROXIMA

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	X
Sin Corrección: 20/20	**Con Corrección:** 20/20	**Sin Corrección:** NULO	**Con Corrección:** NULO	Problema de refracción inadecuadamente corregido	
Visión Próxima		**Visión Próxima**		No requiere corrección	
Sin Corrección: 20/60	**Con Corrección:** 20/20	**Sin Corrección:** NULO	**Con Corrección:** NULO	Adecuadamente corregida para patología de base	X

RECOMENDACIONES GENERALES

PACIENTE CON VISION MONOCULAR SE LE SGUIERE USO DE PROTECCION VISAUL + UV
CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA OCASIONAL,SOLO VISION PROXIMA. SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, PROTECCION UV Y CONTROL VISUAL EN 1 AÑO.

OBSERVACIONES GENERALES

PACIENTE CON VISION MONOCULAR SE LE SGUIERE USO DE PROTECCION VISAUL + UV
CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA OCASIONAL,SOLO VISION PROXIMA. SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, PROTECCION UV Y CONTROL VISUAL EN 1 AÑO.

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
PRESBICIA (H524)	Confirmado nuevo	Si	PACIENTE CON VISION MONOCULAR SE LE SGUIERE USO DE PROTECCION VISAUL + UV CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA OCASIONAL,SOLO VISION PROXIMA. SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, PROTECCION UV Y CONTROL VISUAL EN 1 AÑO.

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