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	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**11704-271215**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA
Correo electrónico contratista: aforozco@sena.edu.co
C.C. 75.088.912 **IP/Nº de contacto** 3223445172

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **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** 51429572120

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: 5292724/2023 **Nº Compromiso SIIF** **158423**

Valor Total del Contrato	$ 16.372.708	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.372.708	**1**	**Del**	**11/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 2.619.633,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.753.075		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área Agrícola del programa de formación Titulada Regular y/o Complementaria, de acuerdo con los lineamientos y normatividad vigente,

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.619.633		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	**$ 2.619.633**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.596.803**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**64545822**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 773.333	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 96.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 123.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 8.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 654.908	$ -	
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	$ 261.963	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 532.268	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.596.803,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.619.633,00	
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 - 308	26.196,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.593.437,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Dllo Curricular (Planeación) Planear actividades de formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área Agrícola del programa de formación Titulada Regular y/o Complementaria, de acuerdo con los lineamientos y normatividad vigente

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.

ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA
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,

ZARETH LIZARAZO DAVILA
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-08-29, 09:16:40 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 64545822

Periodo Cotización: julio de 2023 **Periodo Servicio:** julio de 2023

PAGADO 29/08/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA		
Documento	CC75088912	**Dirección**	CR 56C #83 DD - 52
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3175229957
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	LA ESTRELLA	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 75088912	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.160.000	$ 145.000	0,522	$ 1.160.000	$ 6.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700	$ 10.000	$ 346.700

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **75088912** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 75088912
NOMBRES Y APELLIDOS	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	03/02/2011
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	606
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	39
EMPLEADOR(ES)	CC 75088912 ANDRES OROZCO DESDE 01/06/2023

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **05/08/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **75.088.912**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Agosto del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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 **ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA** con **CC** No. **75088912**, 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:** 11/08/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 11/08/2023 **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): 202301018356566.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de agosto 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, Agosto 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:

NUIP - NIP	**1096647455**	**NAHYARA OROZCO CARVAJAL**	**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: **ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA**

C.C. **75.088.912 de Manizales (Caldas)**

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.096.647.455

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54743804

54743804

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 4 B

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

REGISTRADURIA DE FILANDIA - COLOMBIA - QUINDIO - FILANDIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OROZCO	CARVAJAL

Nombre(s)

NAHYARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUN Día 10	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CARVAJAL LOPEZ DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.646.002	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 75.088.912	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 75.088.912	

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2019 Mes ABR Día 15	CARLOS BAUTISTA OSORIO G. - REGIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

15.ABR.2019 - SERIAL REEMPLAZA A - 00547435-42 - 29.JUN.2017.
RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - TOMO 08 FOLIO 0101.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ORIXPRES S.A.S. NIT. 900.100.826-1 100238573

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 75088912 realizó el día 19/08/2023 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 ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 75088912 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 -

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14897676472

(415)7707212489984(8020) 000001489767647 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 5 0 8 8 9 1 2	3	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 5 0 8 8 9 1 2	1 9 9 6 1 2 2 3

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
OROZCO	VALENCIA	ANDRES	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Puerto Boyacá 5 7 2

41. Dirección principal: CR 11 24 58 BRR POBLADO

42. Correo electrónico: aforozco21@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 5 2 2 9 9 5 7	3 1 1 4 6 5 8 4 1 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 0 6 0 6 1 4	8 5 5 1	2 0 1 1 0 2 0 1	7 0 2 0				

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	2 2	4 9																								

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 4 61. Fecha 2023 - 08 - 09 / 14 : 24: 02

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 POSSO GOMEZ EMILIO

985. Cargo Gestor I

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Puerto Boyacá, 08 de Agosto de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA identificado(a) conCC 75088912, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	**No. Producto**	**Fecha Apertura**	**Estado**
CUENTA DE AHORROS	51429572120	2006/11/27	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: (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 del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 75088912 el día 20/08/2023 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

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 75088912 **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 09/08/2023 01:26 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com

SOMEDIN IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral

Código:	SS-F-05
Versión:	01
Fecha:	JULIO-13-2015



N° 63.432

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	08 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE	MASCULINO	44 AÑOS 8 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	75088912 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PRUEBA DESARROLLO PSICOSOCIAL	✓
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE GAFAS OCASIONAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES
AUDIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE AUDITIVO DE LA EMPRESA	INCLUIR EN LOS PVE DE LA EMPRESA SEGÚN LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN	HÁBITOS SALUDABLES
VISIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE VISUAL DE LA EMPRESA		CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO
ESPIROMETRÍA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS DEL PVE RESPIRATORIO DE LA EMPRESA		HACER DEPORTE
		ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES
		DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASAS

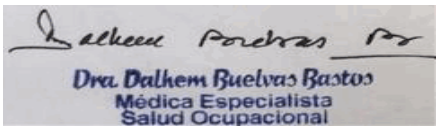
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRUEBA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL NORMAL - APTO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:



Nombre: BUELVAS BASTOS DALHEM DEL SOCORRO

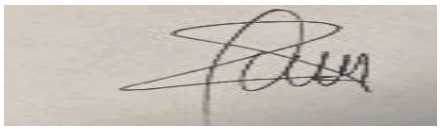
R. M.: 6002/91 **L.S.O.:** 11273/2021

Código de Seguridad

U128A1G63432

Aspirante o Trabajador

Firma:





Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

CC: 75088912

NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 10,789

Ciudad: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) 10/08/2023 - 08:28 A. M. **Fecha Atención:** 10/08/2023 08:28:56a. m.

CC: 75088912 **Nombres y Apellidos:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Fecha de Nacimiento:** 19/11/1978 **Edad:** 44 AÑOS 8 MESES 20 DÍA

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** CRA 11 24-58 **Teléfono:** **Celular:** 3175229957

Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: INSTRUCTOR **Nivel Académico:** TECNÓLOGO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

PRUEBA APLICADA: TEST MINI MENTAL STATUS EXAMINATION MMSE DE FOLSTEIN

OBJETIVO:
Evaluar estado mental y cognitivo

AREAS EVALUADAS:

I. ORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO: 10 PUNTOS
II. REPETICION INMEDIATA: 3 PUNTOS
III. ATENCION Y CÁLCULO: 5 PUNTOS
IV. MEMORIA: 3 PUNTOS
V. LENGUAJE: 9 PUNTOS

PUNTUACION OBTENIDA: 30

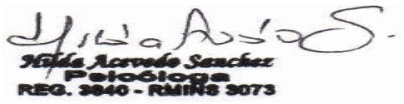
DESCRIPCION CUALITATIVA

Corresponde a un desarrollo mental y cognitivo normal. Se encuentra orientado en tiempo y espacio, con buenos niveles de memoria, atención y concentración. No se evidencia alteraciones de conciencia ni del lenguaje verbal o escrito a nivel expresivo y comprensivo. En cuanto a pensamiento, comprende instrucciones impartidas, respondiendo con prontitud y agilidad en su ejecución, presenta adecuada capacidad de análisis, así como adaptabilidad a las exigencias del medio, evidencia capacidad para resolver problemas . Es productivo y puede asumir proyectos concretos, mostrándose recursivo. Tiende a orientarse hacia el futuro, con orientación positiva al cambio.

En cuanto al manejo de relaciones interpersonales, se muestra como una persona con adecuada interacción social, cordial y respetuosa en su contacto, comunicativo, con habilidades de escucha, se le facilita el trabajo en equipo y con capacidad de liderazgo. Manifiesta metas definidas a corto, mediano y largo plazo, con proyecto de vida claro.

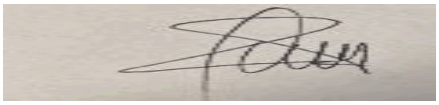
CONCEPTO:
Durante la evaluación, el evaluado no presenta indicadores de trastornos cognitivos y de comportamiento. A la fecha se considera apto psicológicamente para laborar.

PSICÓLOGO



Firma:
Nombre: ACEVEDO SANCHEZ HILDA
R. M.: 3073

PACIENTE



Firma:
Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE
CC: 75088912

NIT. 900331937-0
Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 53216

Fecha: 08/08/2023 **Ciudad:** PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SURA
CC: 75088912 **Nombre:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Edad:** 44 AÑOS 8 M **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 19/11/1978 **Empresa:** SENA LA DORADA **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

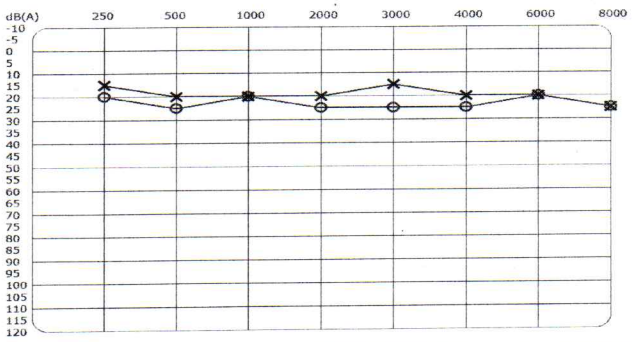
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	SI
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	SI		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: GSI-17 **F. Ultima Calibración:** 2022-02-21

O : Vía aérea del OD X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	25	20	25	25	25	20	25
VAOI	15	20	20	20	15	20	20	25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: **Oído izquierdo:**

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

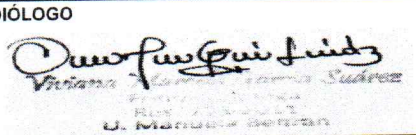
Oído derecho: GRADOII **Oído izquierdo:** GRADO I

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL SEGÚN PVE	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: GARCIA SUAREZ VIVIANA MARCELA
R. M.: 753/2011 **L.S.O.:**

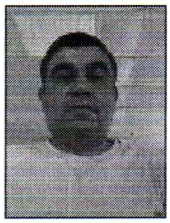
TRABAJADOR



Firma:
Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE
CC 75088912

Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral

NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha:** 08/08/2023

Número de Identificación: 75088912 **Nombre:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 19/11/1978 **Edad:** 44 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

RESULTADO DE PERFIL LIPÍDICO

PARAMETRO	RESULTADO		V. REFERENCIA
COLESTREOL T.	181		HASTA 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	41		MAYOR A 35 mg/dl
COLESTEROL LDL	100		65 - 135 mg/dl
TRIGLICERIDOS	196		HOMBRES: 40 - 160 mgdl MUJERES: 35 - 135 mg/dl
COLESTEROL VLDL	39		HASTA 30 mg/dl
INDICE CORONARIO	4.4		MENOR DE 5.0
OBSERVACION:			

Bacteriólogo

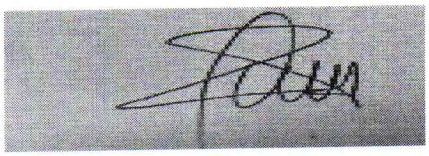
Firma:

Marellys Balceiro Castro
BACTERIOLOGA
REG. UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Nombre: BALCEIRO CASTRO MARELLYS SARAY
RM: 0805072

Paciente

Firma:



Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE
CC: 75088912

NIT. 900331937-0

Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral

Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



INFORME DE ESPIROMETRÍA

DATOS PERSONALES — No: 25,212

Municipio: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha:** 08/08/2023 - 12:00 A. M.

Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **CC:** 75088912

Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Edad:** 44 AÑOS 8 M **Peso:** 93.00 kg **Talla:** 171 cm

IMC: 31.80 Obeso **Empresa:** SENA LA DORADA

Cargo: INSTRUCTOR **Eps:** SURA

Característica Exposición en el área de trabajo actual: VER HISTORIA CLINICA

HÁBITOS PERSONALES

Habito	Refiere	Cant	Frecuencia	Observación
¿FUMA CIGARRILLO, TABACO O PIPA?	NO	0	CONSUMO/DÍA	
¿ES EXFUMADOR?	NO	0	CONSUMO/DÍA	
¿CONSUMO DE DROGAS	NO	0	CONSUMO/DIA	
¿PRACTICA ALGUN DEPORTE?	NO	0	HORAS/SEMANA	
¿COCINA O COCINÓ CON LEÑA?	NO	0	NA	

TOS	NO		
GRIPA	NO		
RINITIS	NO		
SINUSITIS	NO		
ASMA	NO		

Espirómetro utilizado: CONTEC SPIROMETER SP80B **F Ultima Calibración:** 18/07/2022

Escala Interpretación: KNUDSON **Resultado:** MIXTO **Severidad:** MODERADO

Recomendaciones	Tipo	Fecha
USO DE EPP RESPIRATORIOS Y SVE RESPIRATORIO	OCUPACIONALES	

Observaciones:

Analysis Report

Name: ANDRES FELIPE OROZCO

Sex: Male | Age: 45 | Height: 171 cm

Weight: 93 kg | Patient ID: 75088912 | Department: INSTRUTOR

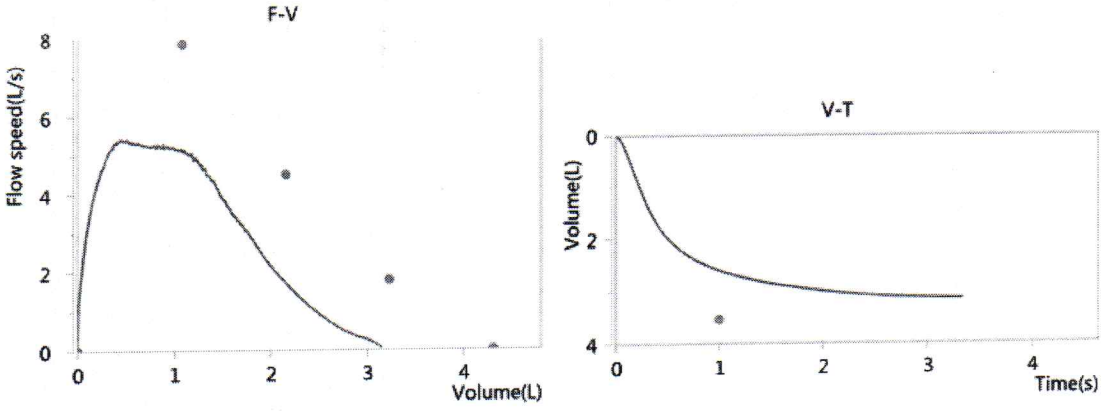
Bed No.: | IDCard: | Tel:

Smoke state: No smoker

Param	Unit	Pred.	Best	%Pred.	Best1	Best2	Best3	Best*
FVC	L	4.31	3.15	73.1	3.15			
FEV1	L	3.54	2.75	77.6	2.75			
FEV1/FVC	%	81.96	87.20	106.4	87.20			
PEF	L/s	8.51	5.70	67.0	5.70			
FEF25	L/s	7.86	5.24	66.7	5.24			
FEF50	L/s	4.51	3.68	81.6	3.68			
FEF75	L/s	1.78	1.28	71.8	1.28			
FEF2575	L/s	3.75	3.12	83.2	3.12			

Obstructive abnormality:Slight
Restrictive anomaly:Slight

Doctor signature:



PROFESIONAL

Firma:

Nombre: ACEVEDO NIETO JOHANA CAROLINA

R. M.: 5-6017-09 L.S.O.:

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

CC: 75088912

NIT. 900331937-0
Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 53,558**

Fecha: 08/08/2023 **Municipio:** PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **CC:** 75088912 **Nombre:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Edad:** 44 AÑOS 8
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SENA LA DORADA
Eps: SURA **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: MEDELLIN **Motivo Consulta:** CONTROL GAFAS

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ARDOR	NO REFIERE
ASINTOMÁTICO	SI
CANSANCIO	NO REFIERE
CEFALEA	NO REFIERE
DOLOR	NO REFIERE
ENROJECIMIENTO	NO REFIERE
LAGRIMEO	NO REFIERE
MALA VISIÓN CERCANA	NO REFIERE
MALA VISIÓN LEJANA	NO REFIERE
PRURITO	NO REFIERE
SENSACIÓN CUERPO EXTRAÑO	NO REFIERE
VISIÓN DOBLE	NO REFIERE

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

CHALAZIO: **NO**
EDEMA: **NO**
FOLÍCULOS: **NO**
HIPEREMIA: **NO**
NORMAL: **AO**
ORZUELO: **NO**
OTROS: **NO**
PAPILAS: **NO**
PINGUECULA: **NO**
PTERIGIÓN: **NO**
RESEQUEDAD: **NO**
SECRECIÓN: **NO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO DERECHO: **K´ =**

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO IZQUIERDO	IPERMETROPI
OJO DERECHO	IPERMETROPI

RX FINAL

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

VISIÓN COLOR

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

OJO DERECHO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

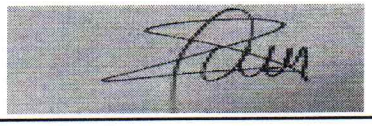
Wendy Paola Otálora Calderón
Optómetra - USTA
Reg. 11063-07 CTNPO 1955
ESP Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: OTALORA CALDERON WENDY PAOLA

R. M.: 11063-07 CTNPO1955 **L.S.O.:**

PACIENTE

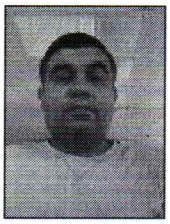


Firma:

Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

CC: 75088912

NIT. 900331937-0
Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha:** 08/08/2023

Número de Identificación: 75088912 **Nombre:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 19/11/1978 **Edad:** 44 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

RESULTADO DE GLICEMIA

PARAMETRO	RESULTADO		V. REFERENCIA
GLICEMIA BASAL	113		70 - 110 mg/dl

Bacteriólogo

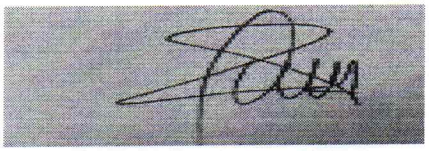
Firma:



Nombre: BALCEIRO CASTRO MARELLYS SARAY
RM: 0805072

Paciente

Firma:



Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE
CC: 75088912

INTEGRIDAD PÚBLICA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA

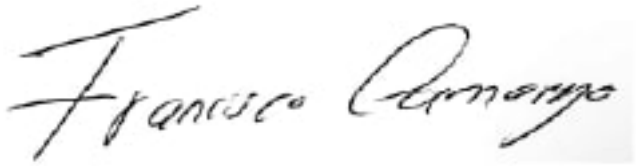
C.C 75.088.912

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 19 de agosto 2023



Francisco Camargo Salas

Director de Empleo Público

Código: 761803008000