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	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**95988-599342**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDILBERTO CEPEDA MORA	**C.C.**	6.762.435	**IP/Nº de contacto**	82371
Correo electrónico contratista:	ecepeda@sena.edu.co				

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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24917464703

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: 5401125/2023 **Nº Compromiso SIIF** **205123**

Valor Total del Contrato	$ 11.002.460	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.002.460	**1**	**Del**	**22/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 1.178.835,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.823.625		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

RAD.15-9-2023-013337. 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

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.178.835		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.178.835**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 612.981**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**AFILIACION**
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 / $ 294.708	$ -	
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	$ 365.000	
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	$ 164.159	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	612.981,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.178.835,00	
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	7.191,00	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	**$1.171.644,00**	

SON: UN MILLÓN CIENTO SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Septiembre 22: Se realizó el crgue de documentación al SECOP2, recibí la programación para la semana siguente con el grupo Op. LABORES DE CAMPO EN CULTIVOS. Código del Programa de Formación: 761328 v1, ficha 761328 v1, en el Municipio de Tunungua Boyacá. Septiembre 25 al 29 : Planee, orienté, ejecute y evaluaé la formación asignada, desarrollando la competencia:Manejar labores cultural no mecanizables según recomendación técnica y cultivo y los resultados de aprendizaje: Evaluar pràcticas culturales,datos de monito reo fisiológico y actividades de pre- cosecha deacuerdo con recomendaciones dadas. redacté guia de aprendizaje,listas de chequeo para evaluación de desempeño y producto, plan de trabajo, planeación pedagógica,material de apoyo. evalue la formación mediante la aplica ción de las listas de chequeo de desempeño y producto a los aprendices. Presente el Informe de ejecución contractual, Planilla de afiliación a salud y segurida social, planilla de cuenta de cobro corrspondiente a la ejecución del contrato mes de septiembre.

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.

EDILBERTO CEPEDA MORA
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)

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Cepeda | Segundo Apellido: Mora | Primer Nombre: Edilma | Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: C.C.
8. Número de documento de identidad: 6762435
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 0 2 0 5 1 9 5 9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Positiva
16. Administradora de pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'560.000
18. Residencia: Dirección: calle 27 No 15 Barrio 79 | Teléfono: 3133471445 | Correo electrónico: cepedaedilma@hotmail.com | Municipio / Distrito: Paipa | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad / Comuna: Centro | Departamento: Boyacá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M / Condición T P	Municipio / Distrito	32. Datos de residencia: Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col.	Tunja	703
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha D D M M A A A A
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

6762435

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación D D M M A A A A | Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario

18 SEP 2023
Cod 663 Yadira Del Carmen Suárez
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: Mes Aporte Septiembre

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner

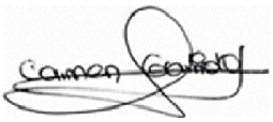
RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **EDILBERTO CEPEDA MORA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **6762435** y número de Afiliación **906762435100**, esta Administradora mediante resolución No. **156627** de **2021** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03** registrando fecha de ingreso a nómina **Agosto** de **2021.**

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 02 de octubre de 2023.



CARMEN PATRICIA GARRIDO RODRIGUEZ
Directora de Nómina de Pensionados (A)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ITIVA A 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 **EDILBERTO CEPEDA MORA** con **CC** No. **6762435**, 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:** 21/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 21/09/2023 **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): 202301019559297.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de septiembre 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_07

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) EDILBERTO CEPEDA MORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6762435 realizó el día 29/09/2023 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 EDILBERTO CEPEDA MORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6762435 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 -

Scanned by TapScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) EDILBERTO CEPEDA MORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6762435 el día 29/09/2023 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 14807390701

(415)7707212489984(8020) 000001480739070 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 7 6 2 4 3 5	1	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	6 7 6 2 4 3 5	1 9 7 7 1 2 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CEPEDA	MORA	EDILBERTO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CL 5 3 18 AP 501

42. Correo electrónico: cepedaedil@yahoo.es

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 2 0 1 2 0	7 4 9 0	1 9 8 5 0 8 2 3		8 5 2 3	8 5 4 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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2022 - 01 - 20 / 12 : 21: 22

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 CEPEDA MORA EDILBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Viernes, 15 de septiembre de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EDILBERTO CEPEDA MORA identificado(a) con CC 6762435, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	24917464703	2004/04/23	CXC PENDIENTES

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

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 6762435 **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 18/09/2023 02:38 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

:29:57

IPS Solud Vital Integral

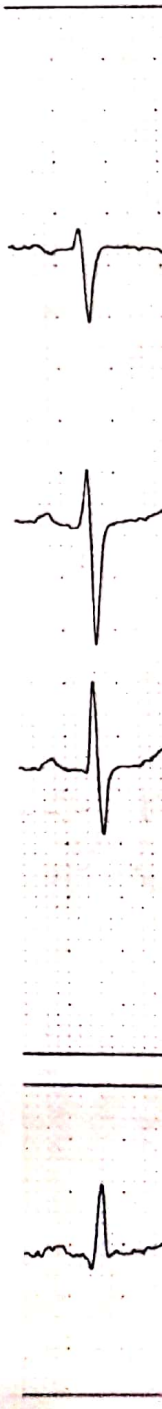
LECTURA DE ELECTROCARDIOGRAMA

18 DE DICIEMBRE DE 2020

NOMBRE: EDILBERTO CEPEDA MORA

EDAD: 61 Años

ID: 6762435



INTERPRETACIÓN

RITMO: Sinusal

FRECUENCIA: 60 Lpm

EJE: 60 Grados

ONDA P: Normal

QRS: Normal

ONDA T: Normal

PR: Normal

ST: Normal

CONCEPTO:

Electrocardiograma dentro de límites normales.

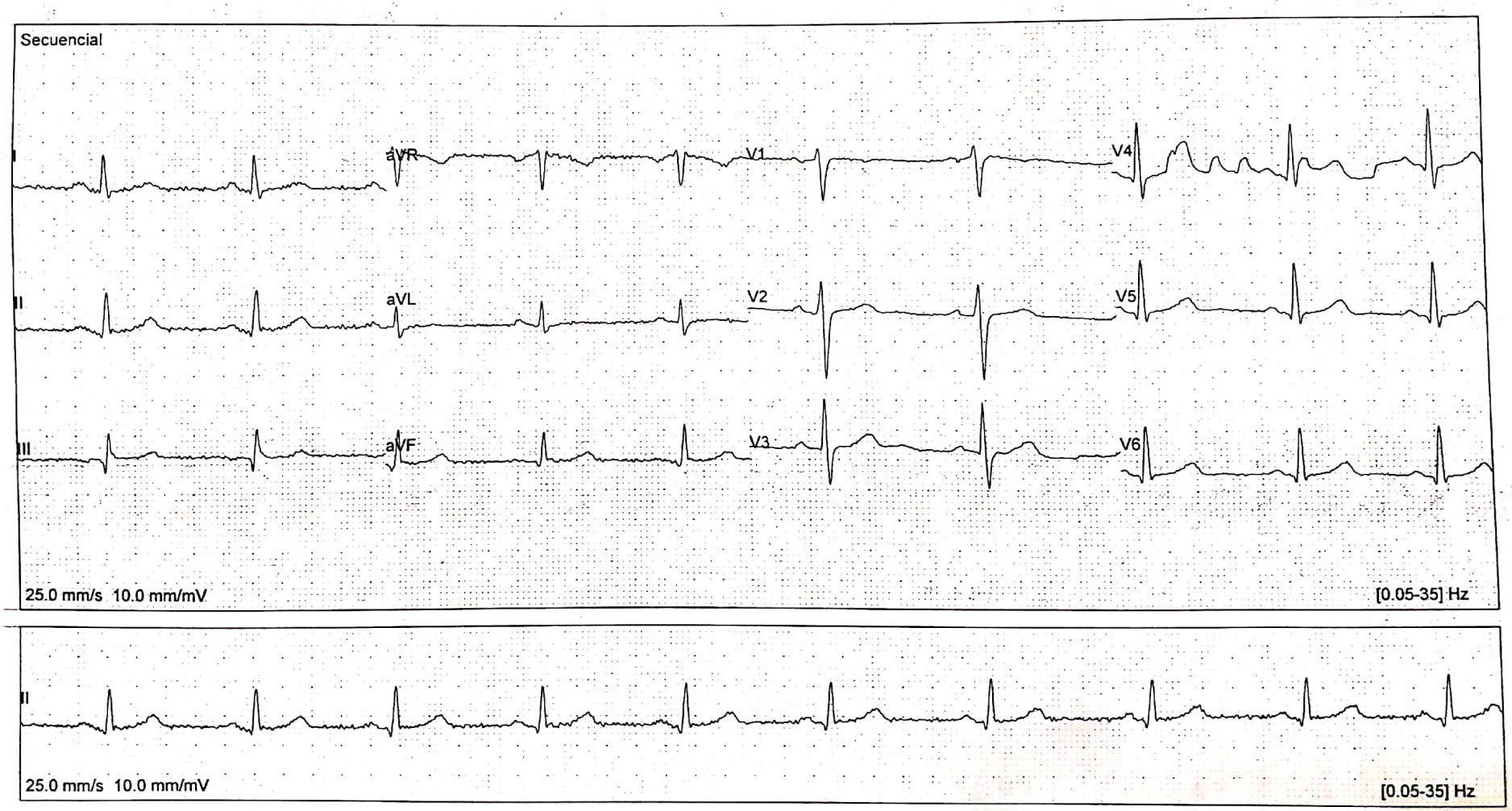
Hector Hugo Camargo S.
Especialista en Medicina Interna
R.M. 14373666

HÉCTOR HUGO CAMARGO SARMIENTO
MD ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Escaneado con CamScanner

SALUD VITAL INTEGRAL

Nombre:	EDILBERTO CEPEDA MORA	Registrado:	17/12/2020 07:29:57	INTERPRETACION NO CONFIRMADA
Número:	6762435	Resgistrado por:		
Genero:	Hombre	Procedente de Dr.:		ritmo sinusal (lento)
Fecha nacimiento	02/01/1959 61 años	Médico remitente:		posible infarto inferior
		Médico responsable de la a		Q > 40 ms en aVF
P / PQ:	125 ms / 167 ms	Lugar:		con Q en II III
QRS:	115 ms	Comentario:		retraso ligero de la conducción intraventricular
QT / QTc / QTd:	463 ms / 465 ms / -			
Eje P/QRS/T:	28° / 58° / 63°			hallazgos de posible significado patológico
Frec. cardíaca:	61 lpm			



Escaneado con CamScanner

Salud Vital Integral
Tu salud lo más importante

1217041

Orden No	**1217041**	Fecha de ingreso	17/12/2020 7:34 a.m.
Paciente	**CEPEDA MORA EDILBERTO**	Fecha de impresion	22/12/2020 03:44:00p.m.
Documento Id	CC 6762435	Edad	61 Años 11 Meses 15 Dias Sexo M
E.P.S	SANITAS EPS	Servicio	CONSULTA EXTERNA
Sede	DUITAMA	Fecha de verificación:	17/12/2020 07:34:00a.m.

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCI

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
RECUENTO DE CELULAS BLANCAS CH	6.90	$10^3/\mu L$	4.5	11.0
RECUENTO DE NEUTROFILOS	3.3		2.0	7.8
RECUENTO DE LYNFOCITOS CH	3.5		0.6	4.1
RECUENTO DE MONOCITOS	0.1		0.0	0.8
RECUENTO DE EOSINOFILOS CH	0.0		0	0.6
RECUENTO DE BASOFILOS	0.0		0	0.2
NEUTROFILOS % CH	47.5	%	37.0	75.0
LINFOCITOS % CH	51.2H	%	10	50
MONOCITOS % CH	1.0	%	0	15
EOSINOFILOS % CH	0.3	%	0	15
BASOFILOS % CH	0.0	%	0	2.0
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS CH	5.55H	10^6/µL	4.2	5.4
HEMOGLOBINA CH	17.8H	g/dL	11	18
HEMATOCRITO CH	52.1	%	36	54
VOLUMEN C0RPUSCULAR MEDIO (VMC)	93.9	f L	80	100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	* 32.1	P g	27	31
CONCENTRACION CORPUSCU. MEDIA DE Hb (MCHC)	34.2	g/dL	33	37
ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS	11.8	%	10.0	16.5
PLAQUETAS CH	259.0	$10^3/\mu L$	150	450
PLAQUETOCRITO	0.16	%	0.10	1.00
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	6.3	f L	5.0	10.0
ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIO PDW	* 16.6	%	11.5	14.5

Firma Responsable

SANDRA PAOLA VELAZCO FUENTES
CC. 37841812
BACTERIOLOGA

Fecha de validación: 17/12/2020 02:45:00p.m.

HORMONAS

ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA PSA	1.92		0	4

TECNICA:

Quimioluminiscencia

VALORES DE REFERENCIA:

HOMBRE: < 4 ng/ml
MUJER: < 0,5 ng/ml

Escaneado con CamScanner

EPS Salud Vital Integral
Tu salud lo más importante

1217041

Orden No	**1217041**	Fecha de ingreso	17/12/2020 7:34 a.m.
Paciente	**CEPEDA MORA EDILBERTO**	Fecha de Impresion	22/12/2020 03:44:00p.m.
Documento Id	CC 6762435	Edad	61 Años 11 Meses 15 Dias Sexo M
E.P.S	SANITAS EPS	Servicio	CONSULTA EXTERNA
Sede	DUITAMA	Fecha de verificación:	17/12/2020 07:34:00a.m.

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	

Firma Responsable

DRA. YURANY MONTAÑEZ
BACTERIÓLOGA
R P. 256059

Fecha de validación: 17/12/2020 03:14:00p.m.

QUIMICA

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL MAYOR O IGUAL A 35mg/dL	* 35.5	mg/dL	0	35.0
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL CALCULADO MENOR O IGUAL A 130mg/dL	* 140.18	mg/dL	0	130

VALORES POR ENCIMA DE 400 mg/dL DE TRIGLICERIDOS INVALIDAN EL RESULTADO DEL COLESTEROL LDL.

COLESTEROL TOTAL VALOR DE REFERENCIA: DESEABLE: Menor de 200 mg/dL Limite de Alto Riesgo: 200-240 mg/dL Alto Riesgo: Mayor de 240 mg/dL	* 211.4	mg/dL	0	200
GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA VALORES DE REFERENCIA: Sangre de Cordon: (63-158) 1 hora: (36-99) 2 Horas(36-89) 5 - 14 Horas (34-77) 10-28 Horas : (46-81) 44 - 52 Horas (48-79) NIÑOS: Ayunas: 1-6 Años (74-127) 7 -19 Años: (70 - 106)	92	mg/dL	70	115
TRIGLICERIDOS VALOR DE REFERENCIA DESEABLE:MENOR DE 200 mg/dL LIMITE SUPERIOR: 200-400 mg/dL ELEVADO: MAYOR A 400 mg/dL	178.6	mg/dL	35	200

Firma Responsable

SANDRA PAOLA VELAZCO FUENTES
CC. 37841812
BACTERIOLOGA

Fecha de validación: 17/12/2020 03:15:00p.m.

UROANALISIS

UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

COLOR P. ORINA	Amarillo

Escaneado con CamScanner

Salud

1217041

Orden No	**1217041**	Fecha de ingreso	17/12/2020 7:34 a.m.
Paciente	**CEPEDA MORA EDILBERTO**	Fecha de impresion	22/12/2020 03:44:00p.m.
Documento Id	CC 6762435	Edad	61 Años 11 Meses 15 Dias Sexo M
E.P.S	SANITAS EPS	Servicio	CONSULTA EXTERNA
Sede	DUITAMA	Fecha de verificación:	17/12/2020 07:34:00a.m.

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
ASPECTO	Clara			
SangrePO	- neg	RBC/uL	0.00	10.00
Bilirrubina po	- neg	mg/dL	0.0	1.0
Ph	6.5		5.0	8.0
CETONA P.O.	- neg			
PROTEINAS P.O.	++ 100 mg/d		0.0	25.0
ACIDO ASCORBICO P.O.	+++ 50 mg/d	mg/dL		
NITRITOS	- neg			
GLUCOSA	- neg	mg/dL	0.00	50.00
Urobilinógeno	+- norm	mg/dL		
DENSIDAD	* 1.020		1000.0	1030.0
Leucocitos	- neg	WBC/uL	0.0	25.0
SEDIMENTO URINARIO				
LEUCOCITOS: 0-2 XC				
CELULAS EPITELIALES: 0-2 XC				
BACTERIAS: ESCASAS				

Firma Responsable

DRA. YURANY MONTAÑEZ
BACTERIÓLOGA
R.P. 256055

Fecha de validación: 18/12/2020 09:16:00a.m.

Escaneado con CamScanner

Esmeralda Diaz Escobar
Optometra - ULS
Especialista en Ortóptica y Terapia Visual - FUAA

CERTIFICADO DE VISIOMETRIA

Fecha : 23 Diciembre 2020

VISION VISION OPTICA
CRA 17 No. 12 47 Tel : 7610054

OPTOMETRA:NUBIA ESMERALDA DIAZ ESCOBAR

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

FECHA: 22/12/2020
NOMBRE: CEPEDA MORA EDILBERTO
EMPRESA: SALUD VITAL -SENA
OCUPACION:

CIUDAD: DUITAMA
IDENTIFICACION CC 6762435
CARGO: SALUD VITAL -SENA
EDAD: 61 **SEXO** M

Motivo de Consulta: EXAMEN OCUPACIONAL DE OPTOMETRIA
REPORTA VISION BORROSA Y MIODESOPSIAS CON EL OJO DERECHO

Antece.Peronales Oculares:

Antecedentes Ocupacionales:

Anamnesis- Sintomas:

Examen Externo: ANEXOS NORMALES

A.V.: Sin Corección:

	V.LEJANA:	V.PROXIMA
OD:	20/25	2M
OI:	20/60	2M

Estereopsis: NORMAL
Test de Color: OD: ISHIHARA : NORMAL
OI: ISHIHARA : NORMAL

Biomicroscopia: OD: SEGMENTO ANTERIOR NORMAL
OI: SEGMENTO ANTERIOR NORMAL

Fondo de ojo: OD OPACIDAD LEVE DE CRISTALINO
OI OPACIDAD LEVE DE CRISTALINO

PPC: Metodo: Distancia: 10.00
Notas Examen Motor: MOTILIDAD OCULAR NORMAL

DIAGNOSTICOS:
Ojo: AMBOS H250 CATARATA SENIL INCIPIENTE

Conducta: SE RECOMIENDA CONSULTA CON OFTALMOLOGIA Y USO DE PROTECCION Y CORRECCION OPTICA

NUBIA ESMERALDA DIAZ ESCOBAR

FIRMA DEL PACIENTE

Escaneado con CamScanner

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

AUDIOMETRÍA

Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐

Nombre **EDILBERTO CEPEDA MORA** Doc. Identidad **6762435**

Teléfono **3133471445** Edad **63** Cargo **PROFESIONAL DE APOYO**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **17/01/2022** Reposo Auditivo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

⊗ SI Tiempo OCASIONAL
◯ NO EPP TAPAOIDOS DE

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Cargo Años EPP
◯ SI PROFESIONAL DE
◯ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ◯ Otitis ◯ Acúfeno ◯ Vértigo ◯ Trauma ◯ Perforación Timpánica ◯ Otalgia ◯ Otorrea ◯ Hipoacusia
◯ Prurito ◯ Cirugía ◯ Detonación - Explosión ◯ Ototóxicos ◯ Otros:
Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ◯ Polígono ◯ Servicio Militar ◯ Buceo ◯ Moto ◯ Instrumento Musical ◯ Discoteca y/o bares
◯ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ◯ Afección Renal ◯ Parotiditis ◯ TBC ◯ Diabetes
◯ Hipotiroidismo ◯ Meningitis ◯ Paludismo ◯ Reumatismo ◯ HTA
◯ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco
◯ Congénito ◯ Adquirido

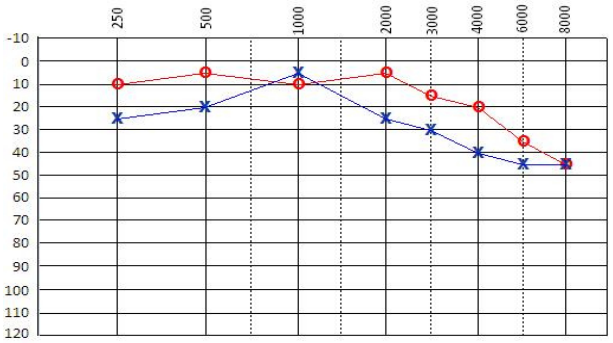
DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

OD	CAE	NORMAL	OI	CAE	NORMAL
	MT	NORMAL		MT	NORMAL



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		25	20		5		25	30	40	45	45
OD		10	5		10		5	15	20	35	45
VO OI											
OD											

NBN **WN** **SN**

Observaciones
HIPAOCUSIA NO ESPECIFICA GRADO LEVE BILATERAL
SE SUGIERE EXAMENES CONFIRMATORIOS CONTROL SEMESTRAL
CONTROL POR ESPECIALISTA EPS.
SE DA RECOMENDACIONES SOBRE USO DE EPA EN ZONA DE RUIDO CUIDADOS Y REPOSO AUDITIVO.

Mayre Carrillo P.
FONOAUDIÓLOGA
REG. 54 - 005059

FONOAUDIOLOGA MAYRE CARRILLO REG 54 - 005059

GRUPO PREVENSO LTDA

Nit: 820005100

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 17/01/2022 19:47:48

Dircc: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja Tel : 3103377634 - 7457713

Fecha 17/01/2022 07:20:00

Doc: **6762435** Nombre : **EDILBERTO CEPEDA MORA** Edad : **63 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
0007				
CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA				
HEMATOCRITO	48.95	35	50	%
HEMOGLOBINA	16.1	11	16.5	g/dl.
VCM	86	80	97	um/3
HCM	28.4	26.5	33.5	pg
CHCM	32.8	31.5	35	g/dl
IDE	13.8	10	15	%
PLAT	210	150	390	10/3xmm3
PTC	0.19			%
VPM	8.9	6.5	11	um/3
LEUCOCITOS	7.24	3.5	10	xmm3
LINFOCITOS	38.9	17	48	%
CELULAS MIXTAS	0.8	4.0	10.0	%
GRANULOCITOS	60.3	43	76	%
LINFOCITOS	2.82	1.2	3.2	10/3mm3
CELULAS MIXTAS	0.06	0.3	0.8	10/3mm3
GRANULOCITOS	4.37	1.2	6.8	10/3mm3
ERITROCITOS	5.66	3.8	5.8	10/6xmm3



AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

GLICEMIA

GLICEMIA BASAL	92	70	110	mg/dl.



AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

ORINA PARCIAL (UROANALISIS)

UROANALISIS	.
COLOR	AMARILLO
ASPECTO	LIG.TURBIO
PH	6.0
DENSIDAD	1030
PROTEINAS	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVO
BILIRRUBINAS	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NORMAL
LEUCOCITOS	NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO	.
LEUCOCITOS	0-2
BACTERIAS	ESCASAS

Doc: **6762435** Nombre : **EDILBERTO CEPEDA MORA** Edad : **63 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia	
ORINA PARCIAL (UROANALISIS)			
CELULAS EPITELIALES	2-4 XC		
OTROS	MOCO(++)		



AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	279	0	200
COLESTEROLHDL	39	MAYOR DE 45	
COLESTEROLLDL	200	MENOR DE 150	
TRIGLICERIDOS	201	HASTA 170	



AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **17/01/2022**

Doc. Identidad **CC 6762435** Nombre **EDILBERTO CEPEDA MORA** Fecha Nacimiento. **02/01/1959**
Entidad **PARTICULAR** Edad **63 años** Ocupación **PROFESIONAL DE APOYO**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa EVENTO SENA Cargo PROFESIONAL DE APOYO Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn COLPENSIONES EPS MEDIMAS EPS SAS ARL POSITIVA

ANAMNESIS

Último Examen Visual **OCTUBRE 2021** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL (X) VP (X) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo (X) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional (X)
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminucíón visual de cerca ( ) Disminucíón visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular (X)
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **NO REPORTA**

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	**20/30**	**0.75**		**20/40**	**-2**
OI	**20/25**	**0.75**		**20/70**	**2**
AO	**20/25**	**0.75**		**20/40**	**-2**

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	**-0.50**	**-0.75**	**90º**	**+3.00**
OI	**-0.50**	**-1.00**	**100º**	**+3.00**

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:	**SANO**	**SANO**

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **ORTHO** HISHBERG:
Ducciones: Versiones: PPC:

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**40 SEG/ARCO**	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**40 SEG/ARCO**	

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	(X)	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	(X)	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica (X) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

I839 VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION
R635 AUMENTO ANORMAL DE PESO
H521 MIOPIA
H522 ASTIGMATISMO
H524 PRESBICIA

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
RX PERMANENTE
CONTROL 1 AÑO

OBSERVACIONES

Xiomara M. Parra Ch.
OPTÓMETRA U.L.S.
REG. 113 C.T.N.P.O. 0950

OPTOMETRA U.LS. XIOMARA PARRA RG 113 C.T.N.P.O 0950

GRUPO PREVENSO LTDA

Nit: 820005100

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 18/01/2022 15:16:32

Dircc: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja Tel : 3103377634 - 7457713

Fecha 17/01/2022 07:20:00

Doc: **6762435** Nombre : **EDILBERTO CEPEDA MORA** Edad : **63 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
0007				
COLINESTERASAS				
COLINESTERASA SERICA	12542	4659	14443	U/L



AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA				
HEMATOCRITO	48.95	35	50	%
HEMOGLOBINA	16.1	11	16.5	g/dl.
VCM	86	80	97	um/3
HCM	28.4	26.5	33.5	pg
CHCM	32.8	31.5	35	g/dl
IDE	13.8	10	15	%
PLAT	210	150	390	10/3xmm3
PTC	0.19			%
VPM	8.9	6.5	11	um/3
LEUCOCITOS	7.24	3.5	10	xmm3
LINFOCITOS	38.9	17	48	%
CELULAS MIXTAS	0.8	4.0	10.0	%
GRANULOCITOS	60.3	43	76	%
LINFOCITOS	2.82	1.2	3.2	10/3mm3
CELULAS MIXTAS	0.06	0.3	0.8	10/3mm3
GRANULOCITOS	4.37	1.2	6.8	10/3mm3
ERITROCITOS	5.66	3.8	5.8	10/6xmm3



AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

GLICEMIA				
GLICEMIA BASAL	92	70	110	mg/dl.



AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

ORINA PARCIAL (UROANALISIS)	
UROANALISIS	.
COLOR	AMARILLO
ASPECTO	LIG.TURBIO
PH	6.0
DENSIDAD	1030
PROTEINAS	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO

Doc: **6762435** Nombre : **EDILBERTO CEPEDA MORA** Edad : **63 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia	
ORINA PARCIAL (UROANALISIS)			
SANGRE	NEGATIVO		
BILIRRUBINAS	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NORMAL		
LEUCOCITOS	NEGATIVO		
SEDIMENTO URINARIO	.		
LEUCOCITOS	0-2		
BACTERIAS	ESCASAS		
CELULAS EPITELIALES	2-4 XC		
OTROS	MOCO(++)		

AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	279	0	200
COLESTEROLHDL	39	MAYOR DE 45	
COLESTEROLLDL	200	MENOR DE 150	
TRIGLICERIDOS	201	HASTA 170	

AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Fecha impresión: 17/01/2022 19:52:20

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **17/01/2022 08:19:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **EDILBERTO CEPEDA MORA** Tel **3133471445**

Cargo **PROFESIONAL DE APOYO** Doc. Identidad **CC 6762435**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

1 EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 EXAMEN PSICOLOGICO	3 OPTOMETRIA
4 AUDIOMETRIA	5 GLICEMIA	6 PERFIL LIPIDICO
7 ORINA PARCIAL (UROANALISIS)	8 CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA	9 COLINESTERASAS

CONCEPTO

Apto con recomendaciones

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SE PRACTICA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR O FISICO , ERGONOMICO, CARDIOVASCULAR , DERMATOLOGICO, RESIRATORIO, PSICOSOCIAL, QUIMICO BIOLOGICO.
SE REALIZAN PRUEBAS REQUERIDAS POR EL PROFESIOGRAMA DENTRO DE LAS QUE SE ENCUENTRAN AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA , COLINESTERASAS, CUADRO HEMATICO , GLICEMIA, UROANALISIS O PARCIAL DE ORINA , PERFIL LIPIDICO EXAMEN PSICOLOGICO (1701/2022) APTO
CONTROL DE TRIGLICERIDOS Y COLESTEROL EN EPS.
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DE BIOSEGURIDAD.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA HORA.
HIGIENE POSTURAL.
CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FISICA, DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJO EN GRASAS, BAJO EN HARINAS.
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN EPS.
REQUIERE USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE.
USO DE MEDIAS DE COMPRESION DE BAJA PRESION PARA VARICES
REALIZAR AUDIOMETRIA ANUAL
CONTROL ANUAL POR OTORRINOLARINOLOGIA POR EPS
USO DE PROTECCION AUDITIVA
EVITAR EXPOSICION A RUIDOS MAYORES A 85 DECIBELES
NO SE PRACTICA ESPIROMETRIA DADO QUE ESTA RESTRINGIDO POR MINISTERIO DE SALUD DADO CUARTA OLA DE COVID 19
CONTINUAR CON LAVADO DE MANOS, USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL MINIMO 2 METROS.

RESTRICCIONES LABORALES

Edward Camilo Vela V.
MÉDICO CIRUJANO - U.P.T.C
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
C.C. 7.186.367

EDWARD CAMILO VELA
ESP. SALUD OCUPACIONAL RM. 1043/13 L.S.O

Trabajador: EDILBERTO CEPEDA MORA
CC: 6762435
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Fecha impresión: 17/01/2022 19:52:20

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo (X) Respiratorio (X) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( )	NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Edward Camilo Vela V.
MÉDICO CIRUJANO - U.P.T.C
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
C.C. 7.186.367

EDWARD CAMILO VELA
ESP. SALUD OCUPACIONAL RM. 1043/13 L.S.O

Trabajador: EDILBERTO CEPEDA MORA
CC: 6762435
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Informe Psicolaboral
Realizado por Grupo Prevenso Ltda

1. Datos Generales

Empresa: Sena
Fecha: 17/01/2022
Postulante: Edilberto Cepeda
Documento: 6762435
Formación: Ingeniero Agrónomo
Puesto requerido: Profesional de Apoyo

2. Observaciones generales

Paciente ubicado en tiempo espacio, vestimenta adecuada para la ocasión. Correctos niveles atencionales, y funcionales. Procesos básicos (atención percepción y memoria) y superiores (pensamiento y lenguaje) psicológicos estables.

3. Herramientas/instrumentos

Entrevista semiestructurada con énfasis en riesgo psicosocial, estrés laboral (para este caso se agregaron preguntas de competencia laboral en psicometría)

Es una técnica que permite conocer a través de una diversidad de preguntas abiertas y reflexivas, los aspectos más importantes alusivos al riesgo psicosocial, en principales áreas de riesgo psicosocial como liderazgo, relaciones sociales, riesgo extralaboral, demandas de la tarea, control sobre el trabajo; además de posible riesgo psicosomático asociado a estrés. Su objetivo es identificar posibles factores de riesgo psicosocial y de estrés derivados de trabajos anteriores para el caso de ingreso, y derivados del trabajo actual para exámenes periódicos, de egreso y reubicación. En este caso se agregaron preguntas asociadas a la competitividad laboral en psicometría, en relación al conocimiento de estadística, aplicaciones, instrumentos, trato con los usuarios, etc.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Escala que evalúa sintomatología asociada a ansiedad y depresión, a partir de preguntas específicas divididas en dos subescalas (una para ansiedad y otra para depresión),
La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican. De ser necesario, ya sea por la puntuación positiva de alguna de las subescalas o por alguna otra observación por parte del profesional, puede ampliar la información dada como sintomatología asociada o especificaciones de enfermedad médica, entre otros.

Cuestionario de Estrés Laboral OIT-OMS

Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT-OMS, el cual consta de 25 ítems que permiten valorar estresores laborales enfocándose en diversos aspectos tales como: las condiciones ambientales de trabajo, factores intrínsecos del puesto y temporales

del mismo, estilos de dirección y liderazgo, la gestión de recursos humanos, las nuevas tecnologías, la estructura organizacional e incluso aspectos relacionados al clima organizacional. 12 Para cada pregunta, se debe indicar con qué frecuencia la condición descrita es una fuente actual de estrés, según la escala: nunca (1), raras veces (2), ocasionalmente (3), algunas veces (4), frecuentemente (5), generalmente (6) y siempre (7). Las respuestas de cada ítem se agrupan en diferentes estresores laborales, de tal manera que el cuestionario permite identificar 7 factores diferentes.

4. Análisis de resultados

Área intelectual

Procesos básicos: atención, percepción y memoria y procesos superiores: lenguaje, pensamiento y función ejecutiva funcionales. Puede mantener niveles atencionales de forma sostenida y dividida (esto lo demuestra realizando tareas simultáneas, tales como responder a la comunicación verbal mientras realiza escritura o dibujo, o bien permaneciendo enfocado en una tarea asignada), puede autorregularse, y expresarse de manera adecuada a partir de inteligencia lingüística. Capacidad de pensamiento abstracto y concreto, prevalece abstracto, el pensamiento crítico.

Área laboral

Es una persona que es receptiva en ambientes jerárquicos laborales. Tiene capacidades de liderar grupos. En su trato con los demás es una persona que puede comunicar las cosas de manera asertiva. Presenta algo de riesgo psicosocial en Modelo Administrativo, Demandas cuantitativas, Demandas de carga mental y Responsabilidad del cargo; sin embargo reporta que este riesgo no ha afectado la salud de manera significativa. Obtuvo un puntaje de 40 en Cuestionario de Estrés Laboral OIT-OMS, de un mínimo posible de 25 y un máximo posible de 175, lo cual es correspondiente a un puntaje “Estrés Bajo”. Persona empirista en su aprendizaje.

Área clínica

No reporta sintomatología asociada a estrés o ansiedad clínicas. Puntaje 0 y 0 respectivamente. No reporta manifestaciones psicosomáticas derivadas del estrés. No tiene antecedentes en psicología o psiquiatría en sí misma o en su familia.

5. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos, el paciente Edilberto Cepeda, presenta salud y normalidad psicológica, y por lo tanto es APTO para desempeñar sus funciones sin restricción.

Luis Carlos Moreno A.

Realizado por: Luis Carlos Moreno Avila
Psicólogo especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
TP 198960 licencia vigente Secretaría de Salud Boyacá res 1452 (6 septiembre 2019)
Para Grupo Prevenso Ltda.

INTEGRIDAD PÚBLICA

FUNCIÓN PÚBLICA

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

EDILBERTO CEPEDA MORA

C.C 6.762.435

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 29 de septiembre 2023

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 76838191000