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	**99663-656714**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ANDRES GUZMAN AVILA	**C.C.**	7.178.273	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	caguzmana@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **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** 488438711589

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: 5412404/2023 **Nº Compromiso SIIF** **206423**

Valor Total del Contrato	$ 10.216.570	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.216.570	**1**	**Del**	**28/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 392.945,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.823.625		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	$ 392.945		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	**$ 392.945**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 30.087**		**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	----------	**70638512**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 98.236	$ -	
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	$ 32.515	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	30.087,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	392.945,00	
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	2.397,00	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	**$390.548,00**	

SON: TRESCIENTOS NOVENTA MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se participa en inducción en aspectos generales del Sena y Aspectos pedagógicos a instructores
Se continua con el desarrolló de tramites contractuales como la compra de pólizas.
Se realiza actividad de carnetización.
Se participa en Inducción cuentas de cobro por parte de la funcionaria administrativa Alejandra Rodríguez.

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.

CARLOS ANDRES GUZMAN AVILA
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)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7178273	CARLOS ANDRES GUZMAN AVILA	MANZANA 3 CASA 15 CONJUNTO EL DIAMANTE	7427513	andresg228@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	18/09/2023	70638512	$330.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	330.600	330.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7178273	CARLOS ANDRES GUZMAN AVILA		MANZANA 3 CASA 15 CONJUNTO EL DIAMANTE	7427513	andresg228@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	18/09/2023	70638512	$330.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	7178273	GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES	3	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	145.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 **CARLOS ANDRES GUZMAN AVILA** con **CC** No. **7178273**, 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:** 27/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 27/09/2023 **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): 2023010205721.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de octubre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES GUZMAN AVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7178273 realizó el día 01/10/2023 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 CARLOS ANDRES GUZMAN AVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7178273 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES GUZMAN AVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7178273 el día 02/10/2023 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 14948072155

(415)7707212489984(8020) 000001494807215 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 7 8 2 7 3	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

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
GUZMAN	AVILA	CARLOS	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Tocancipá 8 1 7

41. Dirección principal
TV 7 15 51 CA 239 BRR LA ARBOLEDA

42. Correo electrónico andresg228@hotmail.com

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

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 2 9 9	2 0 1 1 0 5 0 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 18 / 09 : 39: 50

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 GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

VILLA DE LEYVA, **14/09/2023**
BOYACA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS ANDRES GUZMAN AVILA** con **Cédula de Ciudadanía** número **7178273**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488438711589**
Fecha de apertura	**19/04/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 7178273 **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 24/09/2023 09:51 PM

Código Verificación: **YV53MD84Z7**

Válida hasta: **24/12/2023**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.247

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	**09** MES	**2023** AÑO	**TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULAR	**SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA**
Nombre de la empresa	**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)

GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 9 MESES 7 DÍAS	CC	7178273
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR (A)

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

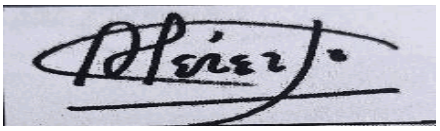
CONSULTA DE PSICOLOGIA	✓	GLICEMIA PRE	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	EXAMEN DE OPTOMETRIA	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS		CONTROL DE PESO
ESPECIALISTA		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: Carlos

R. M.: 914-97 **L.S.O.:** 1122

Código de Seguridad

H641N1T33247

Aspirante o Trabajador

Firma:

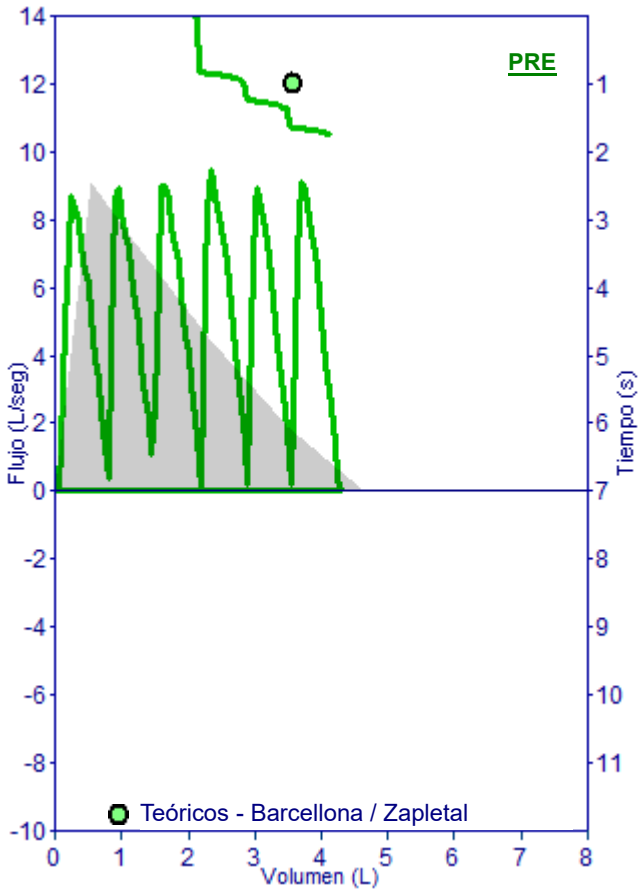
Nombre: GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES

CC: 7178273



Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Curvas flujo/ volumen y volumen/ tiempo



impreso por winspiroPRO 1.0 3.6.3 - 15/09/2023 3:18:12 p. m. - Mod.C11

Fecha de visita 15/09/2023

ID	7178273		
Apellido	GUZMAN AVILA	Edad	43
Nombre	CARLOS ANDRES	Gender	Varón
Fecha de nacimi	8/12/1979	Altura, cm	167
Grupo étnico	Caucásico	Peso:, kg	98
Fumador	No fumador	Paquetes/Año	

Interpretación

Obstrucción ligera

Informe médico

Datos PRE prueba 15/09/2023 3:17:03 p. m.

Parámetros	BTPS	Teór.	PRE	%Teór.	POST	%Teór.	%Camb.	PRE#1	PRE#2	PRE#3
Capacidad vital forzada										
Mejores valores de todas las curvas										
FVC	L	4,64	**4,16**	**90**				**4,16**		
FEV1	L	3,59	**2,76**	**77**				**2,76**		
FEV1/FVC	%	77,4	**66,3**	**86**				**66,3**		
PEF	L/s	9,11	**9,55**	**105**				**9,55**		
Valores de la mejor curva										
FEF2575	L/s	3,54	**0,00**	**0**				**0,00**		
FEF25	L/s	7,40	**7,64**	**103**				**7,64**		
FEF50	L/s	4,53	**2,18**	**48**				**2,18**		
FEF75	L/s	1,90	**7,77**	**409**				**7,77**		
FIVC	L	4,64								
FIV1	L	3,59								
FIV1/FIVC	%	77,4	**0,0**	**0**				**0,0**		
ELA	años	43	**82**					**82**		
Volúmenes pulmonares y esquema respiratorio										
VC	L									
IVC	L									
FEV1/VC	%									
ERV	L									
IC	L									
Máxima Ventilación Voluntaria										
MVV	L/min									

Notas

Firma

Instrumento usado

Spirobank G-USB S/N 801978

DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha:** 15/09/2023

Número de Identificación: 7178273 **Nombre:** GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 08/12/1979 **Edad:** 43 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

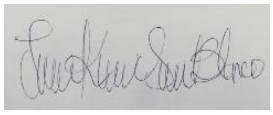
RESULTADO DE GLICEMIA PRE

GLICEMIA BASAL		
RESULTADO	**UNIDADES**	**VALOR DE REFERENCIA**
146*	**mg/dl**	70-110 mg/dl
OBSERVACIONES:*Dato confirmado		

Metodo: Espectrofotometría

Bacteriólogo

Firma:



Nombre: SANCHEZ BLANCO JESICA KATHERIN
RM: 10206

Codigo de Seguridad
T641Z32F31192

Paciente

Firma:



Nombre: GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES
CC: 7178273

DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com



EXAMEN DE EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 12,388

Fecha: 15/09/2023 **Municipio:** TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) **CC:** 7178273 **Nombre:** GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES **Edad:** 43 AÑOS 9
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR (A) **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: NO RECUERDA **Motivo Consulta:** NO APLICA

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 30	20/30	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/30	20/30	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

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

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO

RX FINAL

OJO IZQUIERDO
OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN 6 MESES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

Firma:

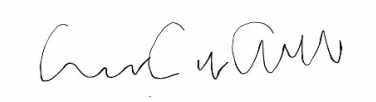
Nombre: MENDIETA MELO MARIA TERESA

R. M.: 1195 **L.S.O.:** NO APLICA

Código de Seguridad

X641D3J12388

PACIENTE



Firma:

Nombre: GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES

CC: 7178273

DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha:** 15/09/2023

Número de Identificación: 7178273 **Nombre:** GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 08/12/1979 **Edad:** 43 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

PERFIL LIPIDICO			
PARAMETRO	**RESULTADO**	**UNIDADES**	**VALOR DE REFERENCIA**
COLESTEROL TOTAL	206	mg/dl	Menor de 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	41.2	mg/dl	Mayor de 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	121.2	mg/dl	Menor de 130 mg/dl
TRIGLICERIDOS	218*	mg/dl	Menor de 150 mg/dl
OBSERVACIONES	*Dato confirmado		

Metodo: Espectrofotometría

Bacteriólogo

Firma:



Nombre: SANCHEZ BLANCO JESICA KATHERIN
RM: 10206

Codigo de Seguridad
G641M32S31193

Paciente

Firma:



Nombre: GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES
CC: 7178273

DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 1,310

Ciudad: TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) 17/09/2023 - 03:10 P. M. **Fecha Atención:** 17/09/2023 03:10:01p. m.

CC: 7178273 **Nombres y Apellidos:** GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES **Fecha de Nacimiento:** 08/12/1979 **Edad:** 43 AÑOS 9 MESES 20 DÍA

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CARERRA 7 A # 45 - 12 **Teléfono:** 3118460479 **Celular:** 3112810787

Entidad: SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR (A)

Funciones del Cargo: **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

RESULTADOS:

De acuerdo con los resultados obtenidos durante la aplicación de los test y entrevistas con el aspirante Carlos Guzman, se obtienen los siguientes resultados:

De acuerdo a lo encontrado el valor más importante es la no violencia, manifestando el recelo que tiene el paciente hacia el conflicto, manifiesta ser una persona agresiva o de mal humor, por tanto se interpreta esto como un efecto balanceo, mediante el cual procura mantener bajo control su mal humor.

En materia intelectual, posee capacidades medias, es capaz de comprender situaciones reales y responder de manera práctica.

Se muestra según los resultados como una persona para la cual cualidades como el raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual no resultan primordiales. No manifiesta un interés especial en enaltecer aptitudes académicas o en conseguir logros en esta área.
En contraposición a lo anterior, muestra un gran interés en cuanto al valor de rectitud, haciendo especial énfasis en cualidades como el compromiso, la confiabilidad, el cumplimiento del deber y de metas, también hace énfasis dentro de su conducta en la responsabilidad, el respeto y el sacrificio.

No resalta de manera especial en el área emocional, se muestra equilibrado frente al ámbito laboral.
Como postulante evidencia adecuadas capacidades para el ejercicio del cargo, anexo a esto no presenta evidencia de conductas mal adaptativas o de algún riesgo psicológico para sí mismo o la organización.

Se concluye que el postulante presento adecuado desempeño durante la prueba, obteniendo resultados que manifiestan que se encuentra apto para desempeñar labores de manera normal.

PSICÓLOGO

Firma:
Nombre: LAGUADO PABON CLAUDIA MARCELA
R. M.: 247972

PACIENTE

Firma:
Nombre: GUZMAN AVILA CARLOS ANDRES
CC: 7178273

INTEGRIDAD PÚBLICA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Carlos Andres Guzman Avila

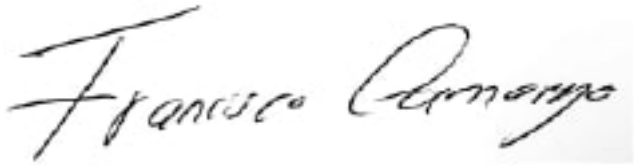
C.C 7.178.273

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 01 de octubre 2023



Francisco Camargo Salas

Director de Empleo Público

Código: 76568102000