SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.

Código Regional	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**72042-137868**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA
Correo electrónico contratista: hefarelo1@misena.edu.co
C.C. 15.248.881 **IP/Nº de contacto** 3105498136

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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 51306318610

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: 5876526/2024 **Nº Compromiso SIIF** **8724**

Valor Total del Contrato	$ 43.762.341	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 43.762.341	**1**	**Del**	**05/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 3.572.436,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.189.905		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR LA FORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA DISPUESTO POR EL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA EN LA ESPECIALIDAD PECUARIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.572.436		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	**$ 3.572.436**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.094.594**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4537252476**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.428.974	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 178.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 228.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 893.109	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 357.244	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 698.198	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.094.594,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.165.036,00	
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 - 8299	22.155,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	71.449,00	2,000%
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	**$3.478.832,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión planificación actividades propias del proceso de articulación con la media
reunion sensibiliacion planeacion pedagogicas, guia de aprendizaje, proyectos formativos, etc
reunion grupo coordinacion academica planifiacion actividades articulacion con la media
presentacion informe mensual mes objeto de cobro
cumplimiento de las demas obligaciones contractuales que exigen el mes objeto de cobro

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.

HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA
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,

YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	15248881
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4537252476**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997510075

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.600	$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 13.600
SUBTOTALES:									**$ 13.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892945814

(415)7707212489984(8020) 000001489294581 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 5 2 4 8 8 8 1	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

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	1 5 2 4 8 8 8 1	1 9 8 1 0 3 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ariguaní 0 5 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FARELO	AROCA	HOLMES	ENRIQUE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: DG 34 9 D 17 URB ALEJANDRINA

42. Correo electrónico: holmesfareloa@yahoo.com.mx

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 1 4 1	2 0 0 4 0 4 0 8	0 1 6 2	2 0 2 1 0 2 0 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 - 02 - 01 / 15 : 49: 17

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FARELO AROCA HOLMES ENRIQUE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Bancolombia

El Dificil, 26 de Enero de 2024.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA identificado(a) con CC No. 15248881 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN NOMINA PREMIUM	51306318610	2001/03/08	A ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado 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: (575) 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.

Grupo Bancolombia

VIGILADO

Powered by CamScanner

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845
Santa Marta

Impreso	04 feb 2023 09:27:00 am	RESULTADOS				Software Baxlab v20191230
Sede	PRINCIPAL					Página 1 de 1
Paciente	FARELO AROCA HOLMES ENRIQUE		Sexo M	Edad 60A 7M 15D	Nro. De Recepción	90943
Identif.	CC 15248881	Teléfono		Fecha De Recepción	03 feb 2023 02:46:56 pm	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

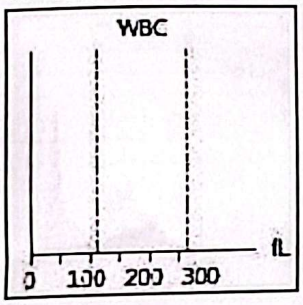
HEMATOLOGIA

1. HEMOGRAMA TIPO IV

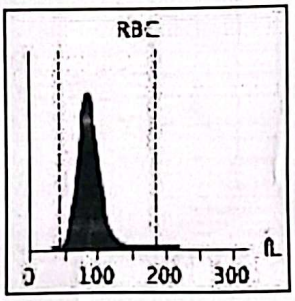
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
Hemoglobina	15	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	45	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,86	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	92,5	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	30,9	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	33,4	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	12,9	fL	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	39,7	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	7,6	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	54,1	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	4,1	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	35,1	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	2,7	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	10,8	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,8	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	300	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	0,294	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	9,8	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	16,5	fL	6,50 a 12

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 04 feb 2023 09:26 am

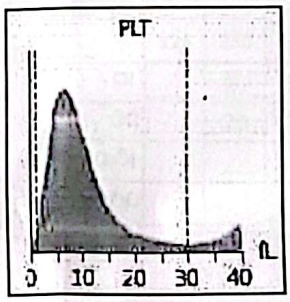
WBC



RBC



PLT



Grase Socarrás C.
T.P. 1065582385
Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

Powered by CamScanner

PREVENIR I-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

Control ☐
Ingreso ☒ X
Retiro ☐

AUDIOMETRÍA

Nombre **HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA** Doc. Identidad **15248881**

Teléfono Edad **60** Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **03/02/2023** Reposo Auditivo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

◯ SI Tiempo
◯ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Cargo Años EPP
◯ SI INSTRUCTOR
◯ 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

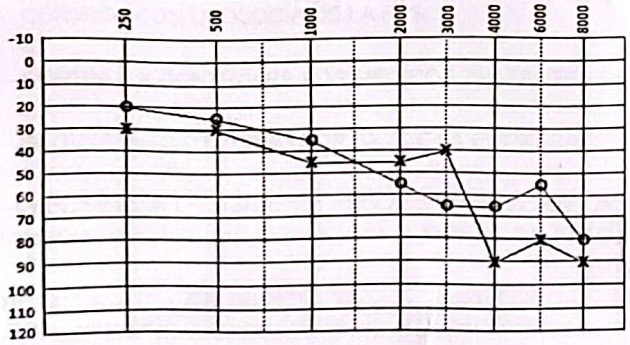
H919 - HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA

OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

OD CAE ANORMAL
MT

OI CAE ANORMAL
MT



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		30	30		45		45	40	90	80	90
OD		20	25		35		55	65	65	55	80
VO OI											
OD											

NBN **WN** **SN**

Observaciones
HIPOACUSIA LEVE CON PERFIL DESCENDETE EN AMBOS OIDOS

LAURA MARCELA QUANT CHARRIS
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 1004188804 RM:

Powered by CamScanner

PREVENIR I-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

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

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **03/02/2023 16:06:00** Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA**

Doc. Identidad	**CC 15248881**	Edad **60 Años**		Género	**Masculino**
Dirección	**DG 34 NO 9B-17**			Teléfono	**3105498136**
Escolaridad	**Profesional**				
Eps	**CAJACOPI**				

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA, HEMOGRAMA, PSICOLOGIA, OPTOMETRIA

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS
EJERCICIOS FUNCIONALES
USO DE LENTES MEDICADOS.

– CONTROL ESTRICTO CON OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA DE LA EPS.

– CONTROL ESTRICTO CON OTORRINO DE LA EPS.

– CONTROL CON UROLOGIA DE LA EPS.

– CONTINUAR CONTROLES POR MEDICOS TRATANTES DE LA EPS.

– SEGUIMIENTO DEL CASO POR SST DE LA EMPRESA.

–DEBE SEGUIR LA SIGUIENTE RECOMENDACION: REPORTAR SINTOMAS RESPIRATORIOS Y SIGNOS DE ALARMA AL COORDINADOR INMEDIATO, COORDINADOR DE SST O JEFE DE TALENTO HUMANO.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA
CC: 15248881
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Powered by CamScanner

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ○ Ergonómico ⊗ Otros ○

REMISIÓN	SI ⊗	NO ○	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ⊗	NO ○

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA
CC: 15248881
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Powered by CamScanner

PREVENIR I-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 03/02/2023 15:33:00

c. Identidad **CC 15248881** Nombre **HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA** Fecha Nacimiento. **18/06/1962**
tidad **PARTICULAR** Edad **60** Ocupación **INSTRUCTOR**
ndo de pensión **COLPENSIONES** EPS ARL **NO REFIERE**

mnosis

o examen visual | Usa anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [ ] | V.P. [X] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]

uencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]

glas Si [X] No [ ] Cuál? **DESPRENDIMIENTO DE RETINA OD 30/NOV/22**

dentes oculares Si [X] No [ ] Cuál?

nos y síntomas: Asintomático [ ] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [X] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]
or ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

ecedentes personales y/o familiares **TTO ACTUAL OCULAR CON OFTALMOLOGIA EN EPS ...** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

	C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.		PPL	PPL		PPL	PPL
O.I.		20/30	1.25		20/40	2.00

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

amen Externo

O.D.	O.I.
gmento Anterior: Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]	**Segmento Anterior:** Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]
erigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]
efaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
tosis palpebral [ ] Otros: **AFAQUIA**	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **ORTHO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMALES** Versiones **NORMALES** PPC **8 CM**

Oftalmoscopia

O.D.	O.I.
F.O.A.N. [ ] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ]	F.O.A.N. [ ] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [X]
Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**	O.D:	O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**	O.I:	O.I: **NORMAL**

Refracción / **Refracción final** / **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	+1.75	-0.50	0°	+3.00	O.D:	+1.50	-0.25	0°	+3.00	PPL	PPL
O.I:	+2.75	-1.25	130°	+3.00	O.I:	+2.00	-1.00	130°	+3.00	20/25	1.00

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[X]	[X]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]

	O.D	O.I
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H520 HIPERMETROPIA
H522 ASTIGMATISMO
H524 PRESBICIA
H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente	[ ]	Corrección Óptica Ocasional	[ ]	Control 6 meses [ ]	Control 1 año [X]
Optometría Clínica	[ ]	Valoración por oftalmología	[ ]	Valoración por ortóptica	[ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [ ]

CONCEPTO

pto [ ] No apto [ ] **Observaciones:** CONTINUAR TTO EN EPS PARA USO POSTERIOR DE LENTES FORMUALDOS/ CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA..

Powered by CamScanner

PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4237121
NIT: 819001920-7

INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA GHQ-28

HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA

Fecha de interpretación de prueba: 03/02/2023

Edad: 60 AÑOS

Nivel académico: PROFESIONAL

Fecha de nacimiento: 18/06/1962
Numero de Identificación 15248881

Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet , Psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa de punto en síntomas somáticos, 0 puntos en ansiedad- insomnio, 0 puntos en disfunción social y 0 puntos en depresión.

Análisis de resultados

Paciente alopsiquica y autopsiquicamente consciente, presenta buena salud general autopercibida.

Sugerencias

Ninguna

Cristian Alfonso Gomez Yanet
PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
CC-1082818743 TP 208468

FIRMA EVALUADOR
T.P. 208468

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **HOLMER ENRIQUE FARELO AROCA** identificado con **CC** No. **15248881**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013) - NI. 899999995	**Fecha de afiliación:** 09/03/2019 **Fecha de inicio de cobertura:** 30/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/07/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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): 202401012508701.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Hace constar:

Que el Sr(a) Identificado(a) con cédula de ciudadanía realizó el día / / 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 Identificado(a) con cédula de ciudadanía 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) HOLMES ENRIQUE FARELO AROCA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15248881 el día 18/02/2024 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