SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **930310** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **96146-397184** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CAMILO QUIJANOPERDOMOJUAN | **C.C.** | 1.018.461.976 | **IP/Nº de contacto** | 1104 |
| **Correo electrónico contratista:** | jcquijano@sena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 38865422731

**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:** 5863745/2024 **Nº Compromiso SIIF** 27224

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 49.302.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 49.302.000 | **1** | **Del** | **02/02/2024** | **Al** | **29/02/2024** | **$ 4.482.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 44.820.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ATENDER LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS A CARGA DEL GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO INTERCENTROS CENTRO DE GESTIÓN DE M

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.482.000 | 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** | **$ 4.482.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.971.200** | **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** | ---------- | **68365069** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.792.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 224.100 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 286.900 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 9.400 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.120.500 | $ - | |
| 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 | $ - | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 990.400 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.971.200,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.971.000,00 | |
| 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 | 38.360,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$4.443.640,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se revisó la proyección de estudios previos para el procesos de contratación de arrendamiento de Cafeteria del CGMLT.
Se revisó proyección de resolución de justificación de contratación del proceso de contratación de la Cafeteria del CGMLT.
Se verificó el objeto en el plan anual de adquisiciones "11_9303_511 Contratar suministro de refrigerios e hidratación para los apren"
Se realizó proceso de precotización de refrigerios en la plataforma SECOPII
Se proyectó matriz del análisis de mercado del proceso de contratación de refrigerios.
Se proyectó documento de Estudios previos del proceso de contratación de refrigerios.

**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.

**CAMILO QUIJANOPERDOMOJUAN**
**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,

**NUVIA CRISTINA QUIROGA GONZALEZ**
**COORDINADORA DEL GRUPO ADMINISTRATIVO**

**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**

**ELVIA ZORAIDA MARTIN MORA**

**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CAMILO QUIJANO PERDOMO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1018461976,** se encuentra afiliado/a desde **08/06/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de enero de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN CAMILO QUIJANO PERDOMO identificado(a) con CC 1018461976 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **01/12/2018** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **UNION TEMPORAL VIVA MEDELLIN - UT VIVA 1A - SEDE MEDELLIN - TR2** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes de febrero del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14510203172

(415)7707212489984(8020) 0000014510203172

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 8 4 6 1 9 7 6 | 7 | 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 | 1018461976 | 2011 09 14 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| QUIJANO | PERDOMO | JUAN | CAMILO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 139 72 A 60 CA 23 CON PLAZA VALLARDA

42. Correo electrónico: juancq9@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 4 3 7 6 8 4 0 4 | |

## 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 |
| 6 9 1 0 | 2 0 1 9 0 5 0 2 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2019 - 05 - 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 OBANDO PIZA CARLOS ALBERTO

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**From:** **Diana Mercedes Hernandez Jimenez** dmhernandezj@sena.edu.co
**Subject:** RE: Solicitud de validación de exámenes ocupacionales.
**Date:** 19 February 2024 at 2:08 PM
**To:** Juan Camilo Quijano Perdomo jcquijano@sena.edu.co
**Cc:** Juan Camilo juancq9@hotmail.com

Cordial Saludo Respetado Juan,

Espero se encuentre biende salud,

De manera atenta , le informo que se valida el exàmen mèdico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiogra para el objeto contractual.

Cordialmente,


**Diana Mercedes Hernández Jiménez**
**Profesional Administradora de Salud Ocupacional**
**Profesional HYSI**
**Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías De La Información**,
Regional Distrito Capital
dmhernandezj@sena.edu.co
CEL: 3145184448
Calle 52 No. 13 - 65 - Oficina 302, Bogotá, Colombia


---

**De:** Juan Camilo Quijano Perdomo <jcquijano@sena.edu.co>
**Enviado:** lunes, 19 de febrero de 2024 10:28
**Para:** Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co>
**Cc:** Juan Camilo <juancq9@hotmail.com>
**Asunto:** Solicitud de validación de exámenes ocupacionales.

Cordial saludo.

Por medio del presente, remito documentos adjuntos, de los exámenes ocupacionales requeridos con la finalidad de que sean verificados.

Cualquier duda estoy atento.

Gracias.

Bendiciones.

Att.

[Logo SENA]

Juan Camilo Quijano Perdomo

Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías - Contratista

jcquijano@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500

Calle 52 No 13-65

[instagram]<https://nam10.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.instagram.com%2Fsenacomunica%2F%3Fhl%3Des-la&data=05%7C02%7Cdmhernandezj%40sena.edu.co%7Caf986ce7588d4ca2138008dc315f5f5c%7Ccbc2c3812f2e4d9391d1506c9316ace7%7C0%7C0%7C638439533590631470%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=3Rr8q2Z%2B5Lx0sPsAfexeAlqD%2Fcb6FfKw%2FdG0qwaswjc%3D&reserved=0> [Facebook] <https://nam10.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.facebook.com%2FSENA&data=05%7C02%7Cdmhernandezj%40sena.edu.co%7Caf986ce7588d4ca2138008dc315f5f5c%7Ccbc2c3812f2e4d9391d1506c9316ace7%7C0%7C0%7C638439533590638975%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=LvHvnjZqWJy2wVHvsCY1tvM0OM80LW59On7MIIU%2BQBE%3D&reserved=0> [Twitter] <https://nam10.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Ftwitter.com%2FSENAComunica&data=05%7C02%7Cdmhernandezj%40sena.edu.co%7Caf986ce7588d4ca2138008dc315f5f5c%7Ccbc2c3812f2e4d9391d1506c9316ace7%7C0%7C0%7C638439533590643574%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=kV0pXjrXVDXMh%2BlYUmICZakGPHVeew5Olv2FSdYUeLE%3D&reserved=0> [Youtube] <https://nam10.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fuser%2FSENATV&data=05%7C02%7Cdmhernandezj%40sena.edu.co%7Caf986ce7588d4ca2138008dc315f5f5c%7Ccbc2c3812f2e4d9391d1506c9316ace7%7C0%7C0%7C638439533590648271%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=DYCXB31qMlPJNcuTGERx0L2GltfTLTy8DLj3RYUa51A%3D&reserved=0> [Linkedin] <https://nam10.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.linkedin.com%2Fschool%2Fservicio-nacional-de-aprendizaje-sena-%2F&data=05%7C02%7Cdmhernandezj%40sena.edu.co%7Caf986ce7588d4ca2138008dc315f5f5c%7Ccbc2c3812f2e4d9391d1506c9316ace7%7C0%7C0%7C638439533590652823%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=i5%2BX1gQCTdrmV0Hm%2B0eLOwahN0maKqaqG0714nwELuA%3D&reserved=0>
[Redes]

[SENA]<https://nam10.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.sena.edu.co%2Fes-co%2FPaginas%2Fdefault.aspx&data=05%7C02%7Cdmhernandezj%40sena.edu.co%7Caf986ce7588d4ca2138008dc315f5f5c%7Ccbc2c3812f2e4d9391d1506c9316ace7%7C0%7C0%7C638439533590657528%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=iwjQH8X95R6Du1bPFVFbsLG7CVmdyBC%2BCZKN73s8D6I%3D&reserved=0>

Diana Mercedes Hernandez

Jimenez
Ctro De Gestión De Mercados, Logís. Y Tecno. De La Informacion. - Contratista
dmhernandezj@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500
Calle 52 No 13-65



Zada
SALUD OCUPACIONAL

**ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS**
**Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo**
Resolución No 12482 de 30/09/2015
**Dirección:** Carrera 64#97-63 Barrio Andes
**Teléfono:** 3214529637 3203643035
**email:** zadasaludocupacionalsas@gmail.com



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** **Atención N°: 312**

**Fecha:** 16/02/2024 **Ciudad:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** INGRESO **Eps:**
**CC:** 1018461976 **Nombre:** QUIJANO PERDOMO JUAN CAMILO **Edad:** 30 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS **Genero:** MASCULINO
**Fecha Nacimiento:** 09/09/1993 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** ADMINISTRATIVO

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

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

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

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

**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

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

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

**Descanso auditivo(Horas) :** **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** AMPLIVOX 240 **F. Ultima Calibración:** 2023-01-10

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

**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** SIN ALTERACION
**Oído izquierdo:** SIN ALTERACION

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

**PTA Oido derecho:** 17.50 **PTA Oido izquierdo:** 20.00

**SEVERIDAD - CAOHC**

**Oído derecho:** Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

**GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD**

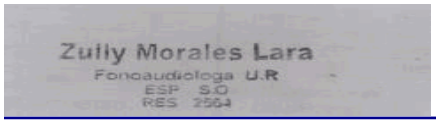
**Oído derecho:** **Oído izquierdo:** **Bilateral:**

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |

**Observaciones**

**FONOAUDIÓLOGO**




**Firma:**
**Nombre:** MORALES LARA ZULLY
**R. M.:** 52830852 **L.S.O.:**

**Código de Seguridad**
**W1507C2I312**

**TRABAJADOR**



**Firma:**
**Nombre:** QUIJANO PERDOMO JUAN CAMILO
**CC** 1018461976

ZADA SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Especialistas en Salud Ocupacional
Nit: 900858795-4
Resolución No.12482 de 30/09/2015

DEPARTAMENTO LABORATORIO CLÍNICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | **17/02/2024** | **ENTIDAD: SENA** |
| **PACIENTE:** | **QUIJANO PERDOMO JUAN CAMILO** | **GENERO: MASCULINO** |
| **IDENTIFICACIÓN:** | **C.C. 1018461976** | **EDAD: 30 AÑOS** |

## BIOQUÍMICA

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **Glicemia en Ayunas**<br>*Método: Hexoquinasa* | 70.01 mg/dL | 70 – 100 mg/dL |
| **Colesterol Total**<br>*Método: Colorimétrico* | 141.70 mg/dL | Aconsejable: Menor de 200 mg/dL<br>Riesgo Moderado: 200 -239 mg/dL<br>Alto: Mayor o igual a 240 mg/dL<br>Muy alto: Mayor o igual a 500 mg/dL |
| **Triglicéridos**<br>*Método: Colorimétrico* | 81.13 mg/dL | Normal: Menor de 150 mg/dL<br>Límite alto: 150 – 199 mg/dL<br>Alto: 200 – 499 mg/dL |

**Analizado por:**

Estefania Herrera
**Bacterióloga UCMC**

**ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS**
**Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo**
Resolución No 12482 de 30/09/2015
**Dirección:** Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
**email:** zadasaludocupacionalsas@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 456**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 02 MES | 2024 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | **INGRESO** |

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

| **SENA** | **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)

| **QUIJANO PERDOMO JUAN CAMILO** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 30 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS | CC | 1018461976 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**ADMINISTRATIVO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

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:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL | ✓ | GLICEMIA | ✓ |
| AUDIOMETRIA | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| OPTOMETRIA | ✓ | CUADRO HEMATICO | ✓ |
| TEST PSICOLOGICO | ✓ | OSTEOMUSCULAR | ✓ |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | NO FUMAR |
| | | DIETA BALANCEADA |

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, SIN AZUCAR,PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA, SIN RIESGO CARDIOVASCULARES, SIN ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

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 | | | Aspirante o Trabajador |
|---|---|---|---|
| **Firma:** | Dr. Janner Ortiz Delgado<br>Médico Cirujano - UDCA<br>Res. 79834463 C.M.C.<br>Especialista en Gerencia de Salud Ocupacional<br>Res: 11952 de 19 / 10 / 2016<br>Universidad del Area Andina | | **Firma:** |
| **Nombre:** | ORTIZ DELGADO JANNER | | **Nombre:** QUIJANO PERDOMO JUAN CAMILO |
| **R. M.:** 79834463 | **L.S.O.:** | **Código de Seguridad**<br>C1507I1O456 | **CC:** 1018461976 |

| DEPARTAMENTO LABORATORIO CLINICO | ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS.<br>Especialistas en Salud Ocupacional<br>Nit No. 900.392.930-0 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Resolución No 12482 de 30/09/2015 | | | | FECHA | 17/02/2024 |

## I- IDENTIFICACIÓN

| APELLIDOS | QUIJANO PERDOMO JUAN CAMILO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| GÉNERO | MASCULINO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 1018461976 | EDAD | 30 AÑOS |
| ENTIDAD | SENA | | EXÁMEN | CUADRO HEMÁTICO | |

## CUADRO HEMÁTICO

| ESTUDIO | RESULTADO | | VALOR DE REFERENCIA | FROTIS DE SANGRE PERIFERICO |
|---|---|---|---|---|
| **PARÁMETRO ERITROCITARIO** | | | | |
| ERITROCITOS | 6,25 | x10^6 /uL | 4.50-6,2 | |
| HEMOGLOBINA | 16,67 | g/dl | 12.0-18.0 | |
| HEMATOCRITO | 50 | % | 36.0-54.0 | |
| VCM | 80,00 | fL | 80.0-100.0 | |
| HCM | 26,67 | pg | 26.0-35.0 | |
| CHCM | 33,33 | g/dl | 31.0-37.0 | |
| **PARÁMETRO LEUCOCITARIO** | | | | |
| LEUCOCITOS | 5,40 | x10^3 /uL | 4.5-11.0 | |
| % NEUTRÓFILOS | 47,00 | % | 42.0-75.0 | |
| % LINFOCITOS | 45,00 | % | 20.0-60.0 | |
| % MONOCITOS | 6,00 | % | 3.0-12.0 | |
| % EOSINÓFILOS | 2,00 | % | 0.5-5.0 | |
| % BASÓFILOS | 0,00 | % | 0.0-1.0 | |
| % CAYADOS | 0,00 | % | 0 | |
| # NEUTRÓFILOS | 2,54 | x10^3 /uL | 2.0-8.0 | |
| # LINFOCITOS | 2,43 | x10^3 /uL | 0.80-7.0 | |
| # MONOCITOS | 0,32 | x10^3 /uL | 0.12-1.20 | |
| # EOSINÓFILOS | 0,11 | x10^3 /uL | 0.02-0.80 | |
| # BASÓFILOS | 0,00 | x10^3 /uL | 0.0-0.10 | |
| **PARÁMETRO PLAQUETARIO** | | | | |
| PLAQUETAS | 214 | x10^3 /uL | 150-450 | |
| OBSERVACIONES | LINEAS CELULARES NORMALES EN NÚMERO Y MORFOLOGÍA | | | |

**Analizado por:**
**Estefania Herrera**
**Bacterióloga UCMC**

Zada
SALUD OCUPACIONAL

**ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS**
**Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo**
Resolución No 12482 de 30/09/2015
**Dirección:** Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
**email:** zadasaludocupacionalsas@gmail.com



# EXAMEN DE OPTOMETRIA

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 331**

**Fecha:** 17/02/2024 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 1018461976 **Nombre:** QUIJANO PERDOMO JUAN CAMILO **Edad:** 30 AÑOS 5
**Genero:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** ADMINISTRATIVO **Empresa:** SENA
**Eps:** **Tipo Evaluación Medica:** INGRESO **F. Último Examen:** 3 AÑOS
**Lugar del Último Examen:** BOGOTA **Motivo Consulta:** CONTROL

## ANTECEDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | CIRUGIA REFRACTIVA HACE 3 AÑOS |
| 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 | 20/20 | 0,5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| **O.I:** | NO APLICA | 20/20 | 0,5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| **A.O:** | NO APLICA | N/A | N/A | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |

### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NO REVISADO**
OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO**

### 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: **NO REVISADO** AV VL 20/
OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/

### RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD
OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

### VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

**ESTEREOPSIS**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| Z010 | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN UN AÑO

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

**OPTOMETRA**



**Firma:**

**Nombre:** TAVERA BUSTOS NANCY BETTY

**R. M.:** 51848939 **L.S.O.:**

**Código de Seguridad**

**A1507G3M331**

**PACIENTE**



**Firma:**

**Nombre:** QUIJANO PERDOMO JUAN CAMILO

**CC:** 1018461976

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, **JUAN CAMILO QUIJANO PERDOMO** identificado con **CC** No. **1018461976**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de afiliación:** 03/02/2024<br>**Fecha de inicio de cobertura:** 03/02/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/12/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** ASISTENTE ADMINISTRATIVO |

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): 202401012529125.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 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