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	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**41515-800527**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA	**C.C.**	7.179.775	**IP/Nº de contacto**	3103413110
Correo electrónico contratista:	jaguzmana@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:	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**	25830346484		
		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:	5889446/2024		**Nº Compromiso SIIF**	**22724**		
Valor Total del Contrato	$ 45.250.856	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 45.250.856	**1**	**Del**	**06/02/2024**	**Al** **29/02/2024**	**$ 3.721.288,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 41.529.568		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales en el rol de instructor de Emprendimiento aportando en la planeación, ejecución, evaluación y mejora continua de los procesos de formación y asesoría técnica para el emprendimiento rural y campesino; definidos por la Dirección de Empleo y Trabajo y la Coordinación Nacional SENA Emprende Rura

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.721.288		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	**$ 3.721.288**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.181.944**		**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	----------	**74796806**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.488.515	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 186.100	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 238.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 930.322	$ -	
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	$ 372.129	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 727.315	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.181.944,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.721.288,00	
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	22.700,00	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	**$3.698.588,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

6-7-8-9 Duitama instalaciones SENA CEDEAGRO, capacitación y lineamientos del programa SER y CAMPESENA, donde se dieron a conocer objetivos y funciones e impactos del programa en las diferentes comunidades,
12 Duitama, Capacitación instalaciones SENA CEDEAGRO la cual se programada por subdirección del centro abordando temas de la entidad 13-14-15-16, instalaciones SENA CEDEAGRO auditorio Antumalal, Transferencia coopermundo y asociatividad, socialización virtual de diferentes temáticas relacionadas con el programa SER las cuales se pueden implementar en formaciones.
19 Duitama, Capacitación instalaciones SENA CEDEAGRO la cual se programada por subdirección del centro abordando temas de la entidad 20-21-22-23 Ráquira. programa comportamiento emprendedor: se realizó la concertación de horarios e Inducción, se pudo establecer establecer características y competencias emprendedoras personales de acuerdo con sus potencialidades, objetivos y el entorno.
26-27-28-29 Ráquira. programa comportamiento emprendedor: se apropio el proceso de toma de decisiones según el emprendedor.

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

JOSE ALEJANDRO 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,

Jenny A. Soler

JENNY ALEXANDRA SOLER GRANADOS
INSTRUCTOR G13

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

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA	**NIT:**	7179775
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2024
Número de Radicación:	74796806	**Total a pagar:**	$370,500
Fecha de vencimiento:	16/02/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	15/02/2024	**Número de Administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	457302648
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$208,000
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$162,500
						$370,500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA identificado(a) con CC 7179775 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**31/07/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CLINICA CHIA S.A. SEDE TUNJA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 25 días del mes de enero 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7179775,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2015** 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 26 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.

Powered by CamScanner

pensiones 10 años

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 enero/2024
ACTUALIZADO A: 26 enero 2024

C 7179775 JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA

[1]Identificación Aportante	[2]Nombre o Razón Social	[3]Desde	[4]Hasta	[5]Último Salario	[6]Semanas	[7]Lic	[8]Sim	[9]Total
179775	GUZMAN AVILA JOSE AL	01/01/2022	28/02/2022	$1.000.000	8,57	0,00	0,00	8,5
179775	GUZMAN AVILA JOSE AL	01/03/2022	30/11/2022	$1.640.000	38,57	0,00	0,00	38,5
179775	GUZMAN AVILA JOSE AL	01/12/2022	31/12/2022	$1.000.000	4,29	0,00	0,00	4,2
179775	GUZMAN AVILA JOSE AL	01/01/2023	28/02/2023	$1.160.000	8,57	0,00	0,00	8,5
179775	GUZMAN AVILA JOSE AL	01/03/2023	30/11/2023	$1.572.000	38,57	0,00	0,00	38,5
179775	GUZMAN AVILA JOSE AL	01/12/2023	31/12/2023	$1.160.000	4,29	0,00	0,00	4,2

[10] TOTAL SEMANAS COTIZADAS	855,57
[11] SEMANAS COTIZADAS CON TARIFA DE ALTO RIESGO(INCLUIDAS EN EL CAMPO 10 " "TOTAL SEMANAS COTIZADAS"):	0,00

RESUMEN DE TIEMPOS PÚBLICOS NO COTIZADOS A COLPENSIONES

siguiente resumen **INFORMATIVO** refleja los periodos laborados en el sector público y no cotizados al ISS hoy Colpensiones.

2]Identificación Empleador	[13]Nombre o Razón Social	[14]Desde	[15]Hasta	[16]Último Salario	[17]Semanas	[18]Lic	[19]Sim	[20]Total
NO REGISTRA INFORMACIÓN								

[21]TOTAL SEMANAS REPORTADAS:

RESUMEN TIEMPO PÚBLICO SIMULTÁNEO CON TRADICIONAL (67 - 94) Y POST 94

l siguiente resumen refleja los periodos laborados que presentan simultaneidad, es decir aquellos en los que usted prestó servicios para varios mpleadores en el mismo periodo de tiempo.

[22]Desde	[23]Hasta	[24]Semanas Simultáneas
NO REGISTRA INFORMACIÓN		

[25] TOTAL SEMANAS SIMULTÁNEAS:

[26]TOTAL SEMANAS (cotizadas[10] + reportadas tiempos públicos[21] - simultáneos[25])	855,57

Si usted laboró en entidades del sector público y estas entidades no cotizaron a pensiones al Instituto de Seguros Sociales (ISS), hoy Colpensiones, es posible que estos eriodos no se vean reflejados en su reporte de Historia Laboral. De ser así, puede radicar la solicitud de inclusión de dichos períodos allegando la certificación Electrónica de Tiempos Públicos - CETIL expedida por su empleador, conforme al Decreto 726 de 2018 expedido por el Ministerio de Trabajo.

Los tiempos públicos tenidos en cuenta para la liquidación de una prestación económica decidida con anterioridad al 26/09/2017, no se visualizarán en el reporte de Historia .aboral.

Si ha trabajado en varias empresas al mismo tiempo, sólo se contabilizará en el total de semanas uno de los periodos y el salario base será la suma de lo cotizado, sin exceder el máximo asegurable al momento de solicitar el reconocimiento pensional.

.as semanas de los periodos de abril y mayo de 2020 con observación "Pago Decreto 558/2020 COVID 19", serán consideradas en el reconocimiento pensional para: Cumplir equisito de las 1300 semanas, Cuando se trate de una pensión de vejez con 1 SMLMV y para el otorgamiento de las pensiones de invalidez y muerte.

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, **JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA** identificado con **CC** No. **7179775**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 09/11/2011 **Fecha de inicio de cobertura:** 05/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 09/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401012357488.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, febrero de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad
Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1053352955**	**Daniel Alejandro Guzmán Salazar**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



FIRMA
Nombre: José Alejandro Guzmán Ávila
C.C. 7179775

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **152820202**

5282020205

NUIP 1.053.352.955

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] X Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [ ]

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

REGISTRADURIA DE CHIQUINQUIRA - COLOMBIA - BOYACA - CHIQUINQUIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUZMAN	SALAZAR

Nombre(s)

DANIEL ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes FEB Día 25	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA TUNJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	155714305

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SALAZAR SUAREZ LORENA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.718.765	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 7.179.775	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 7.179.775	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes MAR Día 10	HILDO GONZALO ROJAS GALLO - REGIS
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned with CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7179775 realizó el día 14/02/2024 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 JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7179775 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) JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7179775 el día 14/02/2024 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14952359666

(415)7707212489984(8020) 000001495235966 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 7 9 7 7 5	4	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

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

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	JOSE	ALEJANDRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Villa de Leyva 4 0 7

41. Dirección principal: CL 7 N 13 A 66

42. Correo electrónico: alejoguzman17@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 4 1 3 1 1 0	

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
0 0 1 0	2 0 2 3 0 1 0 2	8 5 5 1	2 0 1 1 0 2 2 8	6 8 1 0	2 4 1 9	

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

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 - 09 - 29 / 14 : 35: 33

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 GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Miércoles, 24 de enero de 2024

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOSE ALEJANDRO GUZMAN AVILA identificado(a) con CC 7179775, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	25830346484	2007/01/04	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (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.

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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 7179775 **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 16/02/2024 02:15 PM

Código Verificación: **XZJYCLM7AR**

Válida hasta: **16/05/2024**

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° 17.587

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	01 MES	2022 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULAR	**PARTICULARES**
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 JOSE ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	CC	7179775
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

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	✓	PARCIAL DE ORINA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	CUADRO HEMATICO COMPUTARIZADO	✓
EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN DE OPTOMETRIA	✓
EXAMEN DE ESPIROMETRIA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA PRE	✓	----------	

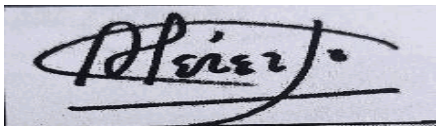
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VALORACION MEDICA, OSTEMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, FONOAUDIOLOGIA Y AUDIOMETRIA , VALORACION VISUAL, LABORATORIOS (CUADRO HEMATICO, GLICEMIA, PARCIAL DE ORINA, ESPIROMETRIA Y PERFIL LIPIDICO SATISFACTOSIOS, LO CUAL LA DECLARAN APTA FISICA Y PSICOLOGICAMENTE PARA EL CARGO

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: PEREZ FIGUEREDO CARLOS ALBERTO

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

Código de Seguridad

M641S1Y17587

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO

CC: 7179775



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: 439

Ciudad: TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) 18/01/2022 - 09:04 A. M. **Fecha Atención:** 18/01/2022 09:04:50a. m.

CC: 7179775 **Nombres y Apellidos:** GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO **Fecha de Nacimiento:** 17/07/1981 **Edad:** 40 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CALLE 7 # 13 A -66 **Teléfono:** 3103413110 **Celular:** 3112810787

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

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

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

INFORME DE ENTREVISTA

CONSULTA HECHA BAJO PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE COVID 19 CON EPP COMPLETO POR PROTECCION SOCIAL Y DOCTOR HOUSE TUNJA, SEGUN ENCUESTA NEGATIVO PARA COVID.

EXAMEN MENTAL

Encuentro paciente en buen estado general, alerta y orientado globalmente, adecuado arreglo e higiene personal. Establece adecuado contacto visual y verbal con el examinador, afecto adecuado modulado resonante. pensamiento lógico y coherente, relevante, niega en el momento ideación suicida lo cual se pregunta activamente durante la entrevista, no ideas de muerte, no verbaliza ideas delirantes, no expresa ideas de heteroagresion. No alteración en la sensopercepción. Juicio y raciocinio conservado, introspección parcial y prospección adecuada
Participa y colabora en el desarrollo, no se evidencian riesgos en la continuidad de la entrevista.
AREA PERSONAL
Paciente de 40 años, Reside en Tunja, esposa quien vive en campo hermoso por trabajo, un hijo de 2 anos, quien atreves del dialogo se dirige a si mismo de forma respetuosa y organizada, buen concepto propio caracterizado por; responsable, solidario, con buena resolución de problemas y adaptación a cambios, se considera tranquilo, pacifico, reservado, tolerante, asertivo, prudente, buenos recursos y habilidades en asertividad y control de impulsos, claridad y estimación en la ejecución de funciones, con prioridad en la integridad de su familia.
Lider de procesos en beneficio de sistemas
AREA EMOCIONAL
Emocionalmente estable, actualmente tiene una relación de pareja estable y representa una fuente de apoyo importante, además la relación con cada uno de los integrantes de su núcleo familiar primario es bastante cercana y abierta al dialogo. Cuenta con estrategias de afrontamiento adecuadas, las cuales son funcionales a la hora de enfrentar una eventualidad que pueda generarle algún tipo de malestar emocional.
AREA SOCIAL
Red de apoyo estable, su percepción de vida es buena e interacción con valores lo que favorece medio social, sin antecedentes de conflicto-delito, cuenta con un círculo social promedio, con quienes frecuentemente comparte y representan fuente de confianza y apoyo significativo.
Manifiesta actualmente mantener relaciones reducidos en ambiente social, no consumo de alcohol.
Mantiene aspiraciones y desarrollo de las mismas por estabilidad psicosocial.
AREA FISICA
No presenta
AREA LABORAL
Expresa que se caracteriza principalmente por su capacidad de aprender cosas nuevas e informarse continuamente, aspiración en mejorar calidad profesional/ocupacional, desempeño funcional, resalta su compromiso y responsabilidad frente a labores asignadas, pues considera que es necesario para obtener los resultados esperados y propuestos.
En ambiente de trabajo refiere dificultad en la delegación y sobrecarga de funciones, tambien en área de Coordinación inconformidad.
Cumple y trabaja bien a nivel individual y en equipo, se sujeta y cumple normas y parámetros educativos, propone estrategias y lidera proyectos, buen manejo de nuevos métodos y funciones, facilita procesos de comunicación y asertividad.
AREA NORMATIVA
Se adapta fácilmente a normas y reglas establecidas previamente, reconoce la cadena de mando y respeta su lugar, pues lo considera trascendental para obtener los resultados que espera.
Dentro del análisis en general, se considera responsabilidad, esfuerzo, esmero dedicación, confiabilidad éxito intelectual/laboral, se puede considerar la asignación de ocupaciones concretas, adaptación a contingencia COVID, capacidad de ver lo que es inmediatamente necesario coma Así mismo, inclinación de control de emociones y conducta en general, que hacen que el aspirante cumpla con el perfil adecuado.
Por lo anterior recomiendo que pueda ser seleccionado para un buen desempeño al cargo en referencia, por la misma exigencia que amerita para administración exitosa.

DIAGNOSTICO: (Z100) EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Recomendaciones:
Hábitos alimenticios adecuados, descanso, desarrollo de actividades gratificantes y de esparcimiento, ejercicio, meditación y construcción de ayuda en debilidades individuales.

Candidato APTO

Sin otro particular y deseando éxitos
Nota:

De acuerdo con las disposiciones legales vigentes y en consideración con el tipo de técnica utilizada, la información aquí consignada, solo es válida para exploración especifica realizada en las áreas mencionadas y con la información reunida a la fecha, entendiéndose que esta información es**confidencial y privada en ámbito psicológico clínico** y que el uso y divulgación requiere del a aceptación expresa de a persona evaluada, igualmente el profesional, es responsable de la buena administración y tenencia de este reporte. Esta información no es válida como prueba técnica en procesos de tipo penal, civil, administrativo, de acuerdo con las leyes colombianas, pues no ha sido recopilada con tal fin ni siguiendo los procedimientos exigidos a toda prueba pericial si no dentro de un proceso de restablecimiento de derechos y apoyo psicológico para optimizar la calidad de vida y salud emocional de los requeridos.

Leidy Johana Camargo González
c.c 3376.075 de Tunja

Psicóloga J.F
T:I 118181

PSICÓLOGO

Firma: 

Nombre: CAMARGO GONZALEZ LEIDY JOHANA

R. M.: 118181

PACIENTE

Firma: 

Nombre: GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO

CC: 7179775

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



VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

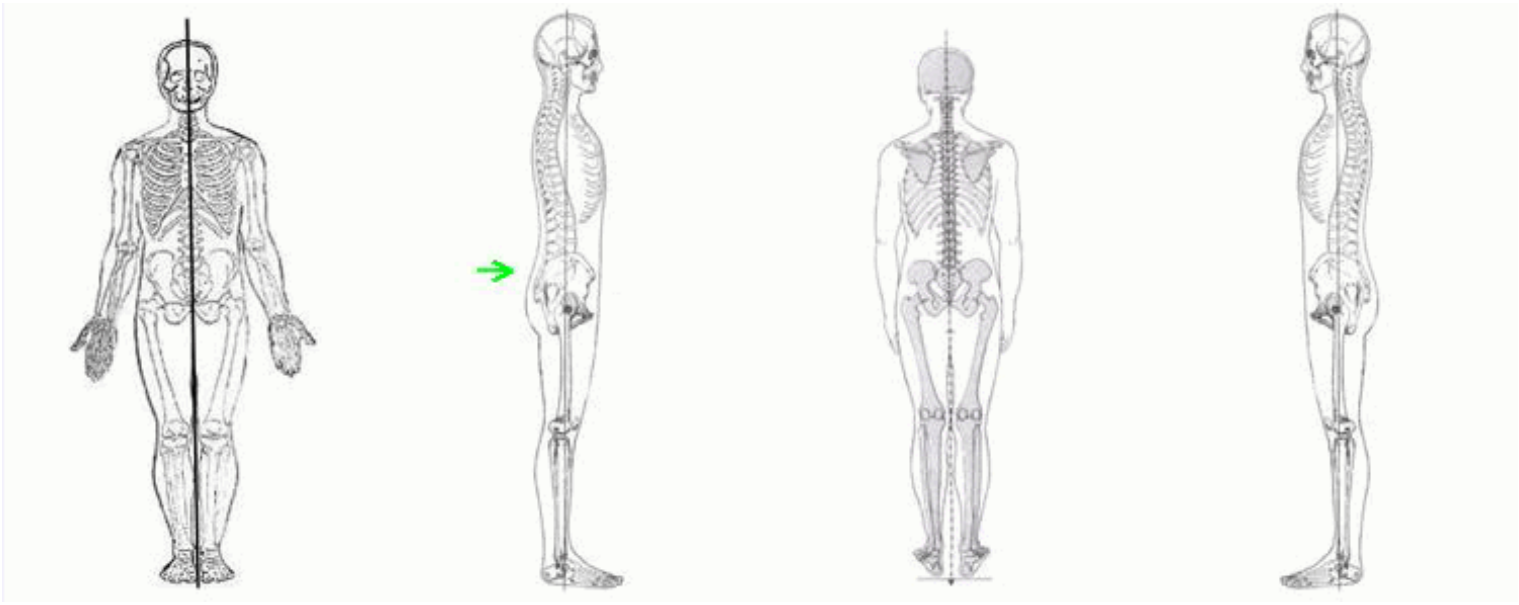
Fecha: 18/01/2022 **Ciudad:** TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)

Tipo Evaluacion Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Empresa:** PARTICULARES

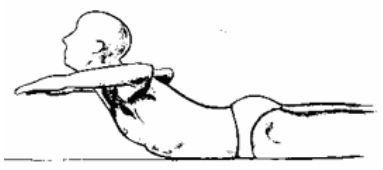
CC:7179775 **Nombre:** GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO **Edad:** 40 AÑOS 6 MES **Peso:** 70.00 **Talla:** 161

Cargo: INSTRUCTOR **Funciones del cargo:**

Evaluación Postural

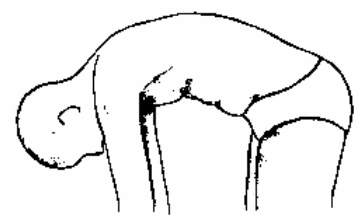


	MID	MII	MSD	MSI
Longitud Real	96	96	64	64
Longitud Aparente	99	99	67	67



EXTENSIBILIDAD

15



FLEXIBILIDAD DE COLUMNA

90

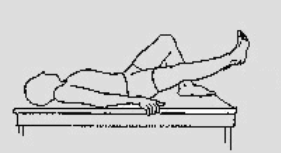


FLEXIBILIDAD DE HOMBROS

Izq: 140

Der: 140







ADUCTORES

Izq: LEVE

Der: LEVE

GASTRONEMIOS

Izq: LEVE

Der: LEVE

ISQUIOTIBIALES

Izq: LEVE

Der: LEVE

SEMIOLOGICAS	IZQUIERDA	DERECHA
BOSTEZO MEDIAL	NO	NO
BOSTEZO LATERAL	NO	NO
CAJÓN ANTERIOR	NO	NO
CAJÓN POSTERIOR	NO	NO
THOMAS	NO	NO
OBER	NO	NO
ELY	NO	NO
LASÉGUE	NO	NO

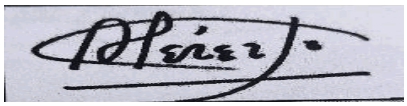
FASE BALANCEO	IZQUIERDA	DERECHA
ACELERACIÓN	NO	NO
BALANCEO MEDIO	NO	NO
DESACELERACIÓN	NO	NO

FASE APOYO	IZQUIERDA	DERECHA
CHOQUE DE TALÓN	NO	NO
APOYO PLANTAR	NO	NO
APOYO MEDIO	NO	NO
EMPUJE	NO	NO

OBSERVACIONES
SANO

Profesional

Firma:



Nombre: PEREZ FIGUEREDO CARLOS ALBERTO

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

Código de Seguridad

M641S5Y1047

Trabajador

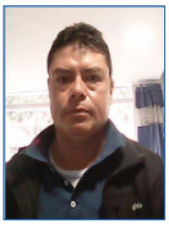
Firma:



Nombre: GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO

CC 6770148

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:**	18/01/2022
Número de Identificación:	7179775	**Nombre:**	GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO	**Genero:**	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	17/07/1981	**Edad:**	40 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	**Estado Civil:**	SOLTERO(A)

RESULTADO DE CUADRO HEMATICO COMPUTARIZADO

HEMOGRAMA III

PARÁMETRO	VALOR	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	5.35	10^6/uL	3.80 - 5.80 10^6/uL
HEMOGLOBINA	16.9	g/dL	11.0 - 16.5 g/dl
HEMATOCRITO	47.1	%	35.0 - 50.0 %
VCM	87.9	fl	80.0 - 99.0 fl
HCM	31.5	pg	26.5 - 33.5 fl
CHCM	35.9	g/dL	32.0- 36.0 fl
RDW-CV	11.1	%	10.0 - 15.0 %
LEUCOCITOS	7550	10^3/uL	5.000 - 10.000^3/uL
LINFOCITOS	40.2	%	20.0 - 50.0 %
NEUTROFILOS	55.7	%	40.0 - 70.0 %
MONOCITOS	4.1	%	0.0 - 10.0 %
BASOFILOS	0	%	0.0 - 1.0 %
EOSINOFILOS	0	%	0.0 - 3.0 %
PLAQUETAS	230000	10^3/uL	150.000 - 450.000 /10^3/uL

Bacteriólogo

Firma: 

Nombre: CASTELLANOS FAGUA ERIKA MILENA

RM: 1720

Codigo de Seguridad

B641H32N13972

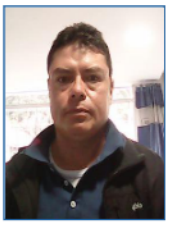
Paciente

Firma: 

Nombre: GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO

CC: 7179775

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:**	18/01/2022
Número de Identificación:	7179775	**Nombre:**	GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO	**Genero:**	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	17/07/1981	**Edad:**	40 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	**Estado Civil:**	SOLTERO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA PRE

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

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: CASTELLANOS FAGUA ERIKA MILENA
RM: 1720

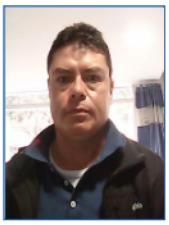
Codigo de Seguridad
Y641E32K13971

Paciente

Firma:

Nombre: GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO
CC: 7179775

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:** 18/01/2022

Número de Identificación: 7179775 **Nombre:** GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 17/07/1981 **Edad:** 40 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

PERFIL LIPIDICO

PARAMETRO	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	191.0	mg/dl	Menor de 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	42.6	mg/dl	Mayor de 50 mg/dl
COLESTEROL LDL	0	mg/dl	Menor de 130 mg/dl
TRIGLICERIDOS	434.0	mg/dl	Menor de 150 mg/dl
OBSERVACIONES	COLESTEROL LDL: NO CALCULABLE. DATOS CONFIRMADOS		

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: CASTELLANOS FAGUA ERIKA MILENA
RM: 1720

Codigo de Seguridad
U641A32G13970

Paciente

Firma:

Nombre: GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO
CC: 7179775

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: 4,881

Fecha: 18/01/2022 **Municipio:** TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) **CC:** 7179775 **Nombre:** GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO **Edad:** 40 AÑOS 6
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 09/01/2019
Lugar del Último Examen: TUNJA **Motivo Consulta:** CONTROL DE VISION

ANTECEDENTES VISUALES

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

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

VISION BORROSA DE LEJOS

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 80	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	0.5
O.I:	NO APLICA	20/ 80	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	0.5
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

OJO IZQUIERDO

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	-0.75-1.25X10	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**
OJO DERECHO	-1.00-1.00X20	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **ANORMAL**

OJO IZQUIERDO: **ANORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H535	DEFICIENCIAS DE LA VISION CROMATICA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN 6 MESES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PUEDE USAR FILTRO ROJA PARA MEJORAR LA DISCROMATOPSIA

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: VARGAS BUITRAGO JORGE ALBERTO

R. M.: 0540CTNPO **L.S.O.:**

Código de Seguridad

B641H3N4881

PACIENTE

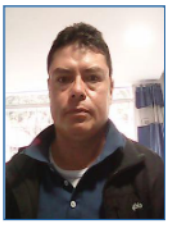


Firma:

Nombre: GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO

CC: 7179775

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:**	18/01/2022
Número de Identificación:	7179775	**Nombre:**	GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO	**Genero:**	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	17/07/1981	**Edad:**	40 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	**Estado Civil:**	SOLTERO(A)

RESULTADO DE PARCIAL DE ORINA

UROANÁLISIS, CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

PARÁMETRO	RESULTADO
COLOR	AMARILLO
ASPECTO	LIMPIDO
DENSIDAD	1030
pH	6.0
PROTEINAS	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NORMAL
BILIRRUBINAS	NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO
LEUCOCITOS	NEGATIVO

CELULAS EPITELIALES	1 - 3 XC
BACTERIAS	ESCASAS
LEUCOCITOS	0 - 2 XC
HEMATIES	

OBSERVACIONES

Bacteriólogo

Firma:

Paciente

Firma:

Nombre:	CASTELLANOS FAGUA ERIKA MILENA	**Codigo de Seguridad**		**Nombre:**	GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO
RM:	1720	**U641A32G13969**		**CC:**	7179775

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

DOCTOR HOUSE H.S.E.I.P.S. S.A.S.

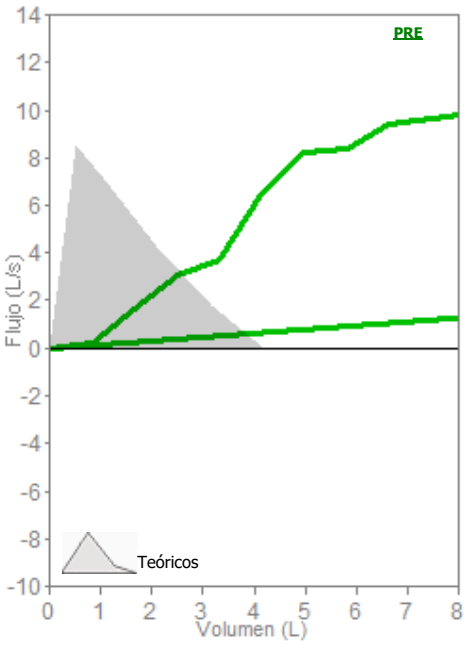
CARRERA 10 No 27-04 TUNJA - BOYACA

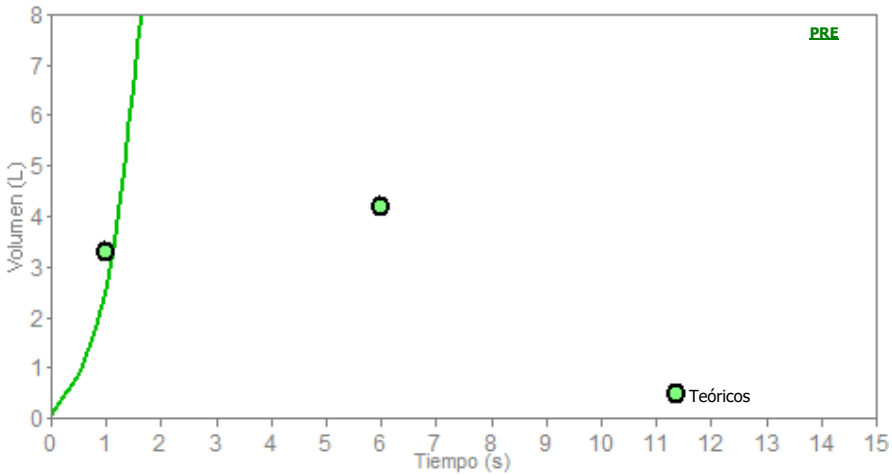
TELEFONO 3208578054 - 3187125458

FVC PRE FEV1 PRE FEV1% PRE

Fecha de visita 18/01/2022

Cód. paciente	71797775	Edad	40
Apellido	GUZMAN AVILA	Género	Masculino
Nom.	JOSE ALEJANDRO	Altura, cm	160
Fecha de nacimien	17/07/1981	Peso:, kg	70
Grupo étnico	Latinoamericano	BMI	27,34
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			





Grado de control de calidad: F

0 Acceptable trials

Interpretación

Obstrucción leve

WARNING: FEV1/FVC PRE = 11%

Fecha prueba PRE 18/01/2022 8:42:40 a. m.

Parámetros		Teór.	Best	%Teór.	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	4,20	34,85*	829	34,85			*		
FEV1	L	3.30	3,78*	114	3,78			*		
FEV1/FVC	%	78.0	10,8*	14	10,8			*		
PEF	L/s	8.51	10,06*	118	10,06			*		
ELA	años	40	40	100	40					
FEF2575	L/s	3,40								
FET	s	6,00	31,98	533	31,98					
EVol	mL		60		60					
FIVC	L	4,20								
FEV1/VC	%	78.0								
FEV6	L	4.20	8,28	197	8,28					
FEV1/FEV6	%	78.6	45,7	58	45,7					
FEV3	L	3.96	4,10	103	4,10					
FEV3/FVC	%	94.3	11,8	13	11,8					
FEF25	L/s	7,11	6,57	92	6,57					
FEF50	L/s	4,28	4,55	106	4,55					
FEF75	L/s	1,80								
PIF	L/s	8,51								
FIV1	L	3.30								
FIV1/FIVC	%	78.0								
MVV(cal)	L/min	120.2	132,3	110	132,3					
PEFTime	s									
FEV05	L									
FEV05%	%									
FEV075	L									
FEV075%	%									
FEV2	L									

FEV2%	%									
FEF7585	L/s									
FIF25	L/s									
FIF50	L/s									
FIF75	L/s									
R50	%									
FEV1/PEF	s									
FEV1/FEV05	%									

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,092 25 °C (77 °F) - Teóricos Barcellona / Zapletal**

Informe médico

Firma

Instrumento usado

Spirobank G-USB S/N 801978
Calibración 26/05/2021 6:06:39 p. m.

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



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 3565**

Fecha: 18/01/2022 **Ciudad:** TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** NUEVA EPS
CC: 7179775 **Nombre:** GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO **Edad:** 40 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 17/07/1981 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

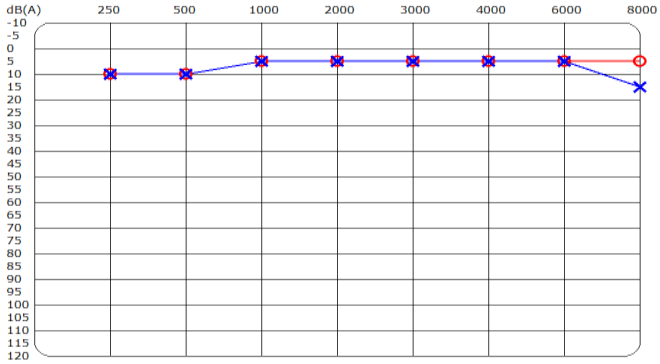
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	SI
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	2 AÑOS		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA41 **F. Ultima Calibración:** 2021-07-27

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



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	10	5	5	5	5	5	5
VAOI	10	10	5	5	5	5	5	15

SEVERIDAD - CAOHC

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

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

UMBRALES AUDITIVOS DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES BILATERAL.
CONTROL ANUAL.

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: CORTES ESPITIA DEYANIRA
R. M.: 1212 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
S641Y2E3565

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: GUZMAN AVILA JOSE ALEJANDRO
CC 7179775