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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**89778-035575**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ	**C.C.**	1.032.455.089	**IP/Nº de contacto**	14758
Correo electrónico contratista:	oalamprea@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: BANCO DE BOGOTA **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** 081498503

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: 5834859/2024 **Nº Compromiso SIIF** **6324**

Valor Total del Contrato	$ 21.500.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.500.000	**1**	**Del**	**05/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.300.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.200.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ“N DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÃ“NOMA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.300.000		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	**$ 4.300.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.528.100**		**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	----------	**74104526**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.720.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 215.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 275.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.075.000	$ -	
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	$ 430.000	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 842.700	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.528.100,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.809.800,00	
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	36.803,00	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	**$4.263.197,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación en los programas de Tecnología en Gestión de la Propiedad Horizontal, según las fichas 2654661, 2614373 y 2614378
Tecnología en Proyectos de desarrollo económico y social, según las fichas 2862811 y 2857778
Tecnólogo en Desarrollo de Medios Gráficos Audiovisuales, según las fichas 2721309 y 2626923.
Técnico en Venta de Productos en Línea, según la ficha 2834626 y 2834627.

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.

OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ
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,

ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
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

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ identificado(a) con CC 1032455089 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**10/03/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

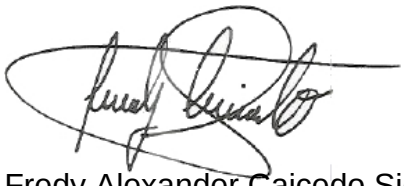
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 11 días del mes de febrero del año 2024 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ identificado(a) con C.C No. 1.032.455.089, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 11 de febrero del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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, **OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ** identificado con **CC** No. **1032455089**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 04/05/2021 **Fecha de inicio de cobertura:** 03/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **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): 202401012303259.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14974115325

(415)7707212489984(8020) 000001497411532 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 4 5 5 0 8 9	5	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	1 0 3 2 4 5 5 0 8 9	2 0 1 1 0 2 0 9

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
LAMPREA	MENDEZ	OMAR	ALBERTO

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: CR 103 D 83 18 BL 8 AP 101

42. Correo electrónico: Omar09lamprea@outlook.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 1 0 5 0 4	9 6 0 1	2 0 1 7 0 7 1 0		8 5 4 1	8 5 4 2	3 4 7 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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 2024 - 01 - 20 / 16 : 37: 30

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 LAMPREA MENDEZ OMAR ALBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032455089	OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ	cra 103 D # 82-55 INT 8 APART 402	8077816	biomax_lamprea@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	22/01/2024	74104526	$336.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032455089	OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ	cra 103 D # 82-55 INT 8 APART 402	8077816	biomax_lamprea@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	22/01/2024	74104526	$336.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032455089	LAMPREA MENDEZ OMAR ALBERTO	59	0			N																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 028202

Sábado, 20 de enero de 2024, 12:20:38 p. m.

Detalle

$336.700
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *8503
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha y hora inicio transacción	2024-01-20 12:19:34
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	74104526
Código Único de Seguimiento	407897972
Dirección IP:	191.156.158.206

Referencia 1:	191.156.153.5
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1032455089

Hace constar:

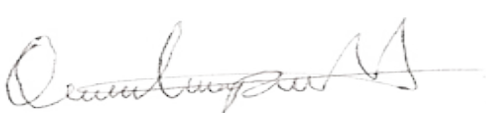
Que el Sr(a) OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032455089 realizó el día 11/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032455089 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:

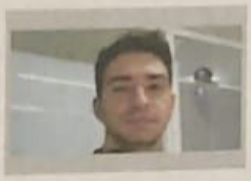
Que el Sr(a) OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032455089 el día 11/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional - Especialista en Salud Ocupacional - Universidad Manuela Beltrán
Licencia en SST 8047 del 17/09/2019 Secretaría de Salud de Bogotá
Medicina - Odontología - Laboratorio Clínico



EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Fecha 4/5/21

Nombre OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ Documento 1032455089

Cargo DOCENTE I EPS Famisanar ARL Edad 28

Dirección BOLIVIA Teléfono 3184867172 Hemoclasificación O+

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL

Trabajo en alturas		Egreso		Periódico		Reubicación	
Ingreso Laboral	✓	Manipulación alimentos		Espacios Confinados			
otros							

EXAMENES REALIZADOS

Examen Físico	✓	Visiometria	✓	Glicemia	
Perfil lipídico	✓	Énfasis músculo esquelético	✓	Audiometría	
Espirometría		Frotis faríngeo		KOH uñas	

CONCEPTO MEDICO

Apto para el cargo	✓	Apto con recomendaciones	
Apto con restricciones laborales		Aplazado	
Apto con patologías que no generan restricción		No apto	

RESTRICCCIONES LABORALES Y /O RECOMENDACIONES

Apto ingreso laboral

El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y las recomendaciones respectivas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social establece que el empleador solo pude conocer el concepto médico del examen .La historia clínica y exámenes paraclínicos deben ser puestos en custodia en IPS, médico especialista o enviados a EPS a que pertenezca el trabajador quien igualmente tiene derecho a tener copia del su historial . Se entregan para el trabajador examen físico y paraclínicos y se informa sobre los resultados de su evaluación médica.

Firma del trabajador

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad Manuela Beltrán
Licencia en SST 8047 del 17/09/2019
Secretaría de Salud de Bogotá

Firma y sello del profesional médico

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional - Especialista en Salud Ocupacional - Universidad Manuela Beltrán
Licencia en SST 8047 del 17/09/2019 Secretaría de Salud de Bogotá
Medicina - Odontología - Laboratorio Clínico

000557

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO LABORAL

Empresa Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Feha 04 MAYO 2021
Nombre Omar Alberto Lamprea Edad 28 Documento CC 1032455089
Cargo Docente EPS Emisanar ARL _____ Hemoclasificacion O+
Antecedentes Médicos N
Antecedentes Quirurgicos- N
Accidente o Enfermedad Laboral N
Antecedentes Ginecobstetricia G__P_A__C__Planificación Familiar _____ UR _____

Examen físico general

Peso 69 Talla 170 T/A 120/70 F.C. 80 IMC 24 P.A _____

Examen Visual:

	conjuntivitis	Pterigio	catarata	miopía	Astigmatismo	TestColor
O. Derecho	N	N	N	N	N	Nml
O.izquierdo						

Examen Auditivo

Exposición ruido Fuente	Nivel conversacional	Conductos auditivos	Tapón de cerumen	Tímpanos
				Normal

Cardiovascular:
Ritmo — Soplos — Otros —
Sis.Respiratorio: Nariz — Auscultación Pulmonar Normal
Neurológico: Coordinación — Equilibrio — Reflejos Normal
Osteoarticular: Marcha — Columna — Isquiotibiales N
Arcos de Movilidad: Hombros — Codos — Muñecas Normal
Manos — Caderas — Rodillas — Tobillos — pies Normal
Pared Abdominal: Hernias: Epigástrica — Umbilical — Inguinal — Varicocele Normal
Piel y anexos: Cuero cabelludo — Cicatrices — Tatuajes No
Dermatitis N Otros N
Aparato circulatorio Normal Varices — Otros —
Evaluación del Riesgo Cardiovascular:
Obesidad — Hipertensión — Colesterol o triglicéridos altos Normal
Sedentarismo — Tabaquismo — Alcoholismo — Herencia —
Grado de Riesgo BAJO
Recomendaciones —

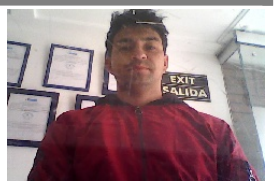
Concepto de Aptitud: Apto sin Restricciones

Afirmo que la información suministrada para este examen es verdadera y que no he omitido ningún dato sobre mi salud

Firma Trabajador

Firma y sellos medico

LABORATORIO CLÍNICO



INTERVENIR SALUD IPS SAS
900143900-2

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	23/01/2023 BOGOTA, D.C.	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ	**Identificación:**	1032455089
Género	MASCULINO **Edad:** 30	**Teléfono**	**Móvil:** 3184867172
Fecha Nacimiento:	30/10/1992	**Cargo:**	INSTRUCTOR (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR LTDA.
Dirección	CR 103 D # 83 18	**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION
Empresa	PARTICULARES		

Informe de Laboratorio: 221330

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
CUADRO HEMATICO			
RECUENTO TOTAL DE GLOBULOS BLANCOS (WBC)	8.200 10^3 / µl	5.00 - 11.60	
LINFOCITOS (LYM)	3.31 10^3 / µl	1.30-4.0	
MID	0.42 10^3 / µl	0.30-1.00	
GRANULOCITOS (GRA)	4.50 10^3 / µl	2.40-7.60	
LYM %	40.2 %	19.1-48.1	
MONOCITOS	5.1 %	4.5-12.1	
NEUTROFILOS (GRA) %	54.7 %	43.6-73.4	
RECUENTO TOTAL DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS (RBC)	5.66 10^6 / µl	3.79-5.78	
HEMOGLOBINA (HGB)	15.1 gr/dl	11.5-17.3	
HEMATOCRITO (HCT)	45.48 %	34.0-53.9	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	80 fl	84-98	
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	26.6 pg	27.5-32.4	
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	33.1 g/dl	31.7-34.2	
ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS (RDWC)	15.9 %	11.1-14.0	
PLAQUETAS (PLT)	193 10^3 / µl	156.000-500.000	
PLAQUETOCRITO (PCT)	0.14 %	0.16-0.36	
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV)	7.2 fl	8.3-12.1	
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE LAS PLAQUETAS (PDWC)	36.9 %	37.8-43.6	
EOSINOFILOS		2.0-8.0	
GLICEMIA BASAL	100.4mg/dl	70 - 105 mg/dl	

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	23/01/2023 BOGOTA, D.C.		**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO	
Paciente:	OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ		**Identificación:**	1032455089	
Género	MASCULINO	**Edad:** 30	**Teléfono**		**Móvil:** 3184867172
Fecha Nacimiento:	30/10/1992		**Cargo:**	INSTRUCTOR (A)	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	FAMISANAR LTDA.	
Dirección	CR 103 D # 83 18		**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION	
Empresa	PARTICULARES				

CONCEPTO DE APTITUD

APTO PARA EL CARGO Y PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

EVALUACION PSICOSENSOMETRICO

OBSERVACIONES

Dra. Ma. Angelica Castro C.
Psicóloga T.P 113183
Especialista en SST
Resolucion 4258 del 22/03/18

MARIA ANGELICA CASTRO CABARCAS -
Profesional

OMAR ALBERTO LAMPREA MENDEZ 1032455089
Firma y cédula del Paciente

INFORME DE EVALUACION PSICOMOTORA

Nombre: **OMAR ALBERTO LAMPREA**
Identificación: **1032455089** Edad: **30** Sexo: **Masculino**
Profesión u oficio: **Conductores de automóviles, taxis y camionetas**
Evaluado como: **Conductores de automóviles, taxis y camionetas**

Atencion Concentrada y Resistencia Vigilante a la Monotonía

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Clasificación Prueba
Número de Aciertos (AC)	31	30	21	Tipo 1	Tipo 1
Número de Errores (ER)	1	1	5	Tipo 1	
Número de Anticipos (AN)	0	1	5	Tipo 1	
Número de No Contestados (NC)	0	1	6	Tipo 1	
Número Total de Errores (TE)	1	4	15	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción en Aciertos (TMR.	570 ms	895 ms	1157 ms	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción (TMR)	571 ms	895 ms	1150 ms	Tipo 1	

Reacciones Multiples en Estado de Alerta

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Clasificación Prueba
Número de Aciertos (AC)	24	20	13	Tipo 1	Tipo 1
Número de Aciertos Sin Respuesta(ASR)	12	11	7	Tipo 1	
Número Total de Aciertos (TA)	36	31	23	Tipo 1	
Número de Errores (ER)	0	2	8	Tipo 1	
Número de Anticipos (AN)	0	2	5	Tipo 1	
Número de No Contestados (NC)	0	3	8	Tipo 1	
Número Total de Errores (TE)	0	7	16	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción en Aciertos (TMR.	791 ms	1118 ms	1347 ms	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción (TMR)	791 ms	1127 ms	1360 ms	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción al Frenado(TMRF	1061 ms	1304 ms	1612 ms	Tipo 1	

Reaccion al Frenado (simple)

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Clasificación Prueba
Tiempo Medio de Reacción al Frenado(TMRF	339 ms	762 ms	940 ms	Tipo 1	Tipo 1

Coordinación Visomotriz Bimanual

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Clasificación Prueba
Número Total de Errores con las dos manos (	19	38	46	Tipo 1	Tipo 1
Tiempo Total de Error con las dos manos (TT)	3150 ms	31667 ms	49078 ms	Tipo 1	

Percepción de la Velocidad y Estimación del Movimiento

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Clasificación Prueba
Tiempo Medio de Desviación (TMD)	249 ms	673 ms	1046 ms	Tipo 1	Tipo 1
Tiempo Medio de Precipitación (TMP)	69 ms	594 ms	911 ms	Tipo 1	
Tiempo Medio de Retraso (TMRE)	308 ms	556 ms	1008 ms	Tipo 1	
Número de No Contestados (NC)	0	0	1	Tipo 1	

Clasificación General: **Tipo 1**

Concepto:

El usuario presenta adecuadas habilidades psicosensometricas(atención, concentración, coordinacion bimanual, percepcion de la velocidad y reaccion),acorde a su edad cronologica. No se evidencia algun tipo de limitacion para el desarrollo de la actividad. Concepto de aptitud:APTO.

Interpretación de las Clasificaciones:

Tipo 1 - Resultado se encuentra dentro de los criterios de normalidad.

Tipo 2 - Resultado se encuentra dentro de la zona de transición.

Tipo 3 - Resultado se encuentra por fuera de los criterios de normalidad.

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de 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:

T.I.	**1’071.868.308**	**Helen Camila Lamprea Hernandez**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Omar Alberto Lamprea Mendez
C.C.1´032.455.089

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.071.868.308

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **152713631**

- 82713631 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 6 V

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

REGISTRADURIA DE NIMAIMA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - NIMAIMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LAMPREA	HERNANDEZ

Nombre(s)

HELEN CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 24	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA NIMAIMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
ESCRITURA PUBLICA	323 DEL 12.OCT.2018

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ RODRIGUEZ LIZETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.071.868.332	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LAMPREA MENDEZ OMAR ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.032.455.089	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ RODRIGUEZ LIZETH

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.071.868.332	Lizeth Hernández

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 FEB Día 26	MARIA ANGELICA RIVERA LUNA - REGI
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

26.FEB.2020 - SERIAL REEMPLAZA 1. 01152483214 - 23.SEP.2015. CORRECCION DATOS DE PADRE O MADRE - EL PRESENTE INDICATIVO SERIAL REEMPLAZA EL RCN CON I.S. 152483214 POR ACLARACION DE LA IDENTIDAD DE LA MADRE DE LA INSCRITA SEGUN ESCRITURA PUBLICA N. 323 DEL 12 DE OCTUBRE 2018 DE LA NOTARIA UNICA DE NOCAIMA CUNDINAMARCA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 27799051-3

NIMAIMA -RCN Tomo: XXX Folio: XXX
Serial: 152713631 Fecha: 27-MAY-2021
VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO 1260 DE 1970.

MARIA ANGELICA RIVERA LUNA
Registradora Municipal del Estado Civil
Nimaima - Cundinamarca

ESTA REPRODUCCION FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA