SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**10755-754050**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FRANKLIN POLANCO ARTEAGA	**C.C.**	17.651.950	**IP/Nº de contacto**	3204410847
Correo electrónico contratista:	fpolancoa@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 488443238495

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: 5883274/2024 **Nº Compromiso SIIF** **14624**

Valor Total del Contrato	$ 31.070.820	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.070.820	**1**	**Del**	**05/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.315.392,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.755.428		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área Asistencia Administrativa, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y A Distancia en los programas regular que imparte el Centro

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.315.392		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	**$ 4.315.392**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.537.065**		**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	----------	**8628855325**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.726.157	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 215.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 276.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.078.848	$ -	
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	$ 431.539	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 845.688	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

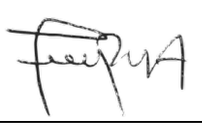
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.537.065,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.823.392,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	22.940,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	**$4.292.452,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecuté formación profesional integral de acuerdo con el desarrollo curricular de los programas de formación titulada y/o complementar Registre,verifique e hice seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad definió para la Gestión de la Formación P Ficha 2926484 formación Complementaria en Servicio al Cliente 15 Aprendices matriculados, se diligenció y entregó el formato de inscri Di buen uso y respondí por los bienes y elementos existentes en los ambientes de formación en donde impartí formación, entregándolos e Presenté los documentos necesarios para la ejecución del contrato para las fechas establecidas. informe contractual: GTH-F-062 V10 P Certificación de la norma de competencia "ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIA DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTOS TÉCNICO Y NORMATIVA" En el nivel Cumplí a cabalidad con el código de integridad de la entidad SENA.
Realice el curso de inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo Día 26 de febrero 2024. Lugar: virtual página si compromiso Realice RECURSOS NACION: PRESTE MIS SERVICIOS: EN SOLITA CAQUETA.ANEXO INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL MES DE FEBRERO 2024.

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.



FRANKLIN POLANCO ARTEAGA
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 LUZ MENDEZ ROJAS
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

HELMAN CASTAÑEDA CASTAÑEDA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Bogotá, Febrero / 26 de 2024

Señor (a): FRANKLIN POLANCO ARTEAGA
CC. 17651950
CL 33F BIS N -8 04 BRR LA PAZ
FLORENCIA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 3 de 2012, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892394726

(415)7707212489984(8020) 000001489239472 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 7 6 5 1 9 5 0	7	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

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 7 6 5 1 9 5 0	1 9 9 2 1 2 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
POLANCO	ARTEAGA	FRANKLIN	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 20 11 03 BRR LA CONSOLATA

42. Correo electrónico: frapoa74@yahoo.com

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

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 4 2	2 0 2 3 0 2 0 6	7 4 9 0	2 0 1 4 0 4 0 9	8 2 1 1	7 0 1 0		

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 - 02 - 06 / 09 : 34: 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 POLANCO ARTEAGA FRANKLIN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	FRANKILN POLANCO ARTEAGA
IDENTIFICACIÓN:	CC-17651950
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-02-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-02-13
FECHA DE PAGO:	2024-01-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-01
PERÍODO SALUD:	2024-01
NÚMERO PLANILLA:	8628855325
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8628855325
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 693.334	$ 0	$ 0	$ 0	$ 86.700	$ 86.700
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 693.334	$ 0	$ 0	$ 0	$ 111.000	$ 111.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 197.700	$ 197.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/03/2024

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: FRANKLIN POLANCO ARTEAGA.

Edad: 47 AÑOS

07 DE ENERO 2022

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para FRANKLIN POLANCO ARTEAGA. El área menos importante es la intelectual (Valor VERDAD).
El predominio del valor verdad no es fundamental. La parte intelectual de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de la gente. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.



FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente:	Franklin Polanco Arteaga	**Identificacion** 17651950	**Codigo Unico Paciente:** 774
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	19/10/1974
Direccion:	VILLA MONICA		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
39144	Masculino	47	Años	Casado	Profesional Universitari	FLORENCIA	7/01/2022 07:59:57

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SALUD TOTAL	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE I		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria
Valoracion por:	E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☑ Auditivo ☐ Visual ☑ CardioVascular ☐ Respiratorio ☑ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, PARCIAL DE ORINA , PRUEBA PSICOLOGICA .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

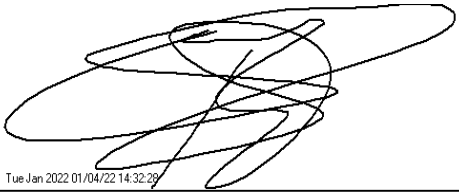
Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Higiene de postura; Pausas activas cada 2 horas 5 minutos para relajamiento muscular. Uso EPP, cita control por optometria de su EPS, control dietario y lipidos en su EPS, cita control por HTA en su EPS.
Medidas de bioseguridad para trabajadores: Para la prevención del contagio del COVID-19 es necesario conocer la organización de la empresa, el proceso productivo, las tareas, procedimientos, equipos de trabajo, tiempo de exposición (jornadas o turnos de trabajo), característica del trabajador (estado de salud, edad, sexo) Estas información permite evidenciar las características proclives a la exposición al contagio en los lugares de trabajo.
Medida generales; Lavados de manos: Todos trabajadores tanto en el trabajo remoto, centros de operación o en actividades externas, deben realizar protocolo lavados de manos con una prioridad mínima de 3 horas en donde contacto con el jabón debe durar mínimo de 20-30 segundo, toallas desechables. Disponer de alcohol glicerado en lugar acceso fácil. Distanciamiento social: Los trabajadores deben permanecer al menos 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo.
Uso de tapa Boca: Estos elementos que cubren de manera oclusiva la nariz y boca y las personas reducen la posibilidad de contacto con secreción nasal o saliva de otras personas.

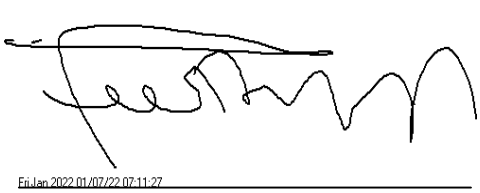


Tue Jan 2022 01/04/22 14:32:29

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822
Especialista Salud ocupacional Reg. 0326

7/01/2022 15:43:47

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Fri Jan 2022 01/07/22 07:11:27

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL



CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
CALLE 18 Nº 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Franklin Polanco Arteaga	17651950	774
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	19/10/1974
Direccion:	VILLA MONICA		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
39144	Masculino	47 a	Casado	2	Profesional Universitari	FLORENCIA	7/01/2022 07:59:57

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SALUD TOTAL	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE I		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
particular sena	instructor		☑	☐	☑	☑	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:
* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☑ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☐		HIPERTENSION ARTERIAL:	☑	Papa
DIABETES:	☑	Mama	COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA:	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☑		Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐	No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐	No Refiere
Quirurgicos:	☑		Inmunizaciones:	☐	No Refiere	Medicamentosos:	☑	
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐	No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐	No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere			

cx por peritonitis con laparotomia , apendicectomia , control con lozartan e hidroclorotiazida por hipertencion

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

** Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

CICLO MENSTRUAL: No Aplica	G: ☐ P: ☐ A: ☐ V: ☐ C: ☐ M: ☐ E: ☐
FECHA ULTIMA REGLA: No Aplica	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: No Aplica	☐ METODO: No Aplica

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:	No Refiere	TETANO:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
PAPERAS Y RUBEOLA:	No Refiere	HEPATITIS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
INFLUENZA:	No Refiere	OTRAS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
Resultado Inmunizaciones:	No Refiere					

G. - HABITOS:

FUMA	○ Si ● No		
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0		
FUMABA:	○ Si ● No	CIGARRILLOS DIA:	0
HASTA CUANDO:	n/r		

ALCOHOL:	○ Si	● No	
FRECUENCIA:	n/r	TIPO:	
ACTIVIDAD CULTURAL:	○ Si	● No	
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	● Si	○ No	
SEDENTARIO PURO:	○ Si	● No	
SEDENTARIO:	○ Si	● No	

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☒

Otros: No Refiere

Especifique:

CAMINAR

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL:	110 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
114 Kgs	178 Cms	36.0 k/m2	77 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
19 x minuto	140/98 mmHg	Grande	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	N
2. OJOS	A	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	X
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	X
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	X
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	A
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

uso de lentes de lectura, escoliosis lumbar no sintomatica,

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado	GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado	OPTOMETRIA:	Normal	Amétrope Corregido
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	No Solicitado	97.00 mg/dl	AUDIOMETRIA:	Anormal	Descenso Auditivo Moderac
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: 207.00 mg/dl	TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	221.00 mg/dl
			KOH:	No Solicitado	No Solicitado

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo	☑	Visual	☐	Respiratorio	☐	Ergonomico ☑
	Dermatologico	☐	Cardiovascular	☑	Otros	☐	
	ESPECIFIQUE:						

TIPO DE PROTECCION	CASCO	BOTAS	GUANTES	P. AUDITIVO	P. RESPIRATORIA	P. VISUAL
	☐	☐	☐	☐	☑	☐
	OTROS:					

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	PRESBICIA
2	[CIE1O No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
3	[CIE1O No.E669]:OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
4	[CIE1O No.M419]:ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA
5	[CIE1O No.I10X]:HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
6	[CIE1O No.H932]:OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES

HIPERLIPIDEMIA MIXTA,

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, PARCIAL DE ORINA , PRUEBA PSICOLOGICA .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

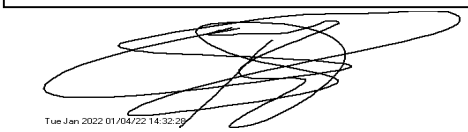
RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: Higiene de postura; Pausas activas cada 2 horas 5 minutos para relajamiento muscular. Uso EPP, cita control por optometria de su EPS, control dietario y lipidos en su EPS, cita control por HTA en su EPS.
Medidas de bioseguridad para trabajadores: Para la prevención del contagio del COVID-19 es necesario conocer la organización de la empresa, el proceso productivo, las tareas, procedimientos, equipos de trabajo, tiempo de exposición (jornadas o turnos de trabajo), característica del trabajador (estado de salud, edad, sexo) Estas información permite evidenciar las características proclives a la exposición al contagio en los lugares de trabajo.
Medida generales; Lavados de manos: Todos trabajadores tanto en el trabajo remoto, centros de operación o en actividades externas, deben realizar protocolo lavados de manos con una prioridad mínima de 3 horas en donde contacto con el jabón debe durar mínimo de 20-30 segundo, toallas desechables. Disponer de alcohol glicerado en lugar acceso fácil. Distanciamiento social: Los trabajadores deben permanecer al menos 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo.
Uso de tapa Boca: Estos elementos que cubren de manera oclusiva la nariz y boca y las personas reducen la posibilidad de contacto con secreción nasal o saliva de otras personas.

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: **Ingreso**

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo:	☑	No APTO para el Cargo:	☐	Aplazado:	☐
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura:	☐	Espacios Confinados:	☐	Manipulacion de Alimentos:	☐
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria:	☐	No Satisfactoria:	☐	Valoracion por E.P.S.:	☐
Periodico o Cambio de Ocupacion:	☐		Reubicar Trabajador	☐	Continua en el Cargo	☐



Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822



Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CLIPSALUD IPS S.A.S

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nit: 900304743-4

Nombre: Franklin Polanco Arteaga **Fecha:** 07/01/2022 **SID-AUDIO : 16600**

No. Identificacion: 17651950 **Empresa:** PARTICULAR/SENA Particular

Edad: 47 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual:

Ruido Laboral:

Cargo Anterior: INSTRUCTOR

Empresa: SENA

Tiempo de Servicio:

Proteccion Auditiva:

Tiempo Servicio: 8 MESES, APROX.

Ruido Laboral: No Refiere

Proteccion Auditiva Utilizada: No Refiere

Ultimo Examen de Audiometria: HACE 6 MESES, APROX.

Reporte Ultimo Examen: CON NOVEDAD

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido



Servicio Militar:	Si ○	No ●	Tiro al Blanco:	Si ○	No ●
Moto:	Si ●	No ○	Tejo:	Si ○	No ●
Carro:	Si ●	No ○	Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	Si ●	No ○
Avion / Helicoptero:	Si ○	No ●	Discoteca:	Si ○	No ●
Natacion:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros Cual: No Refiere Otras Actividades Extralaborales con Exposición al Ruido

III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	Si ○	No ●	Diabetes:	Si ○	No ●
Paperas:	Si ○	No ●	Sarampion:	Si ○	No ●
HTA:	Si ●	No ○	Paralisis Facil:	Si ○	No ●
Meningitis:	Si ○	No ●	Cefaleas:	Si ○	No ●
Rubeola:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros Cual?: No Refiere Otros Antecedentes Personales

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	Si ○	No ●	Otitis:	Si ○	No ●
Otorrea:	Si ○	No ●	Cirugias de Oido:	Si ○	No ●
Acufenos / Tinnitus	Si ○	No ●	Hipoacusia:	Si ○	No ●
Vertigo:	Si ○	No ●	Rinitis:	Si ○	No ●
Sensacion de Oidos Tapado	Si ○	No ●	Sinusitis:	Si ○	No ●
Infecciones:	Si ○	No ●	Alteraciones Vias Respiratorias:	Si ○	No ●
Tapon de Cerumen:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ○

Otros: No refiere

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● Si ○ No

Hace Cuanto Tiempo: No Aplica

Igual por los dos Oidos: ● Si ○ No

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ○ No ●

Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ○ No ●

Otras: No Refiere Otro Tipo de Morbilidad al Ruido

Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta:	Si ○	No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	Si ○	No ●
Le produce mal Genio:	Si ○	No ●
Le produce Desmotivacion:	Si ○	No ●
Interfiere su concentracion:	Si ○	No ●

OTOSCOPIA

PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

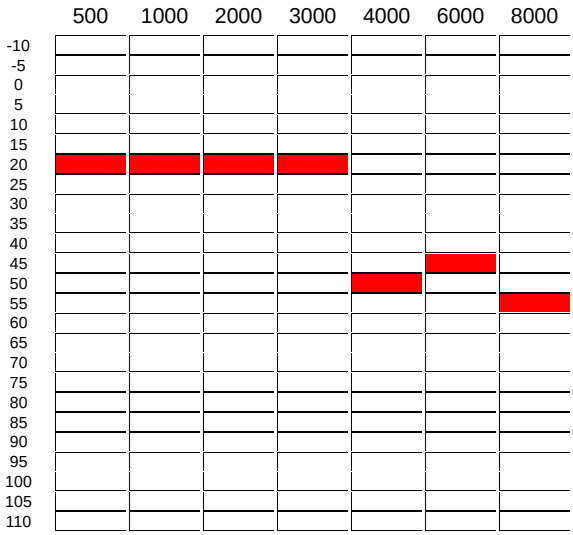
Reposo Auditivo: Si ● No ○ Horas Reposo: 7 HORAS

Descripcion: _____ Audiocups: ☑

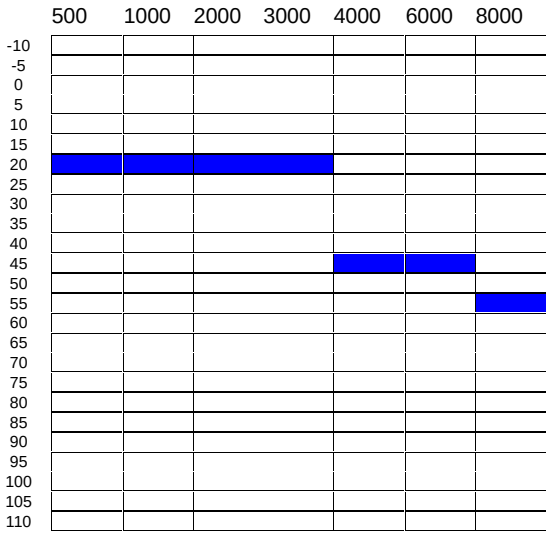
Equipo: MAICO MA 42 Fecha Calibracion: 26/06/2018 Cabina: ☑



OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB	
Oido Derecho	20	20	20	20	20	50	45	55	20	dB
Oido Izquierdo	20	20	20	20	20	45	45	55	20	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: Disminucion Auditiva Moderada a Severa EN AMBOS OIDOS, DIAGNOSTICO QUE AUN NO AFACTA SU DESEMPEÑO LABORAL.

Grado de Audición: Moderada

Impresion Diagnostica: [CIE1O-H932]:OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES

Clasificacion Ocupacional: Larsen Grado II, SE SUGIEREN EXAMENES COMPLEMENTARIOS, PARA DETERMINAR SI ES CANDIDOATO PARA AUDIFONOS.

Recomendaciones: _____

Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☐ En 6 Meses: ☑ En 3 Meses: ☐



Evaluador: _____ FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE _____ Indice Derecho

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: FRANKLIN POLANCO ARTEAGA CC 17651950

Fecha: 7/01/2022 07:13:20

SID: **18089** Orden Nro. 44516

Empresa: PARTICULAR/SENA

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**7/01/2022**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	2 PISO
07:04 am	MARIA ALEJANDRA BOLAÑOS	Optometria/Visiometria	
08:07 am	RONALD MIGUEL SOTELO MARIM(	Medicina Ocupacional	
08:09 am	CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENT	Audiometria	
09:30 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGF	Psicologia	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC	1
OPTOMETRIA	1
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	1
CUADRO HEMATICO	1
PARCIAL DE ORINA	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
	8

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada

*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.

*Evite Tocar la Puerta.

*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas

*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.

*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

Su oponion es muy importante para nosotros.

El usuario tienen DERECHO a:

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

.

ClíPSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: FRANKLIN POLANCO ARTEAGA **SID : 18089**
No. Identificacion: 17651950
Edad: 47 Años **Sexo:** Masculino
Nro. Ordenamiento: 44516 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 07/01/2022 07:13:26
Fecha de Impresion: 07/01/2022 04:53:29 pm
Entidad: PARTICULAR/SENA
Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. CUADRO HEMATICO			
Recuento de Leucocitos	9.3	x10^3/uL	3.70-10.1 x10^3/uL
% Granulocitos	57.1	%	39.0 - 65.0%
% Linfocitos	35.5	%	18.0 - 48.3 %
% Monocitos	7.4	%	4.40-12.7 %
# Granulocitos	5.3	x10^3/uL	1.63-6.96 x 10e3/uL
# Linfocitos	3.3	x10^3/uL	1.09-2.99 x10^3/uL
# Monocitos	0.7	x10^3/uL	0.240-0.790 x 10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	5.43	x10^3/uL	4.06-4.69 x10^3/uL
Hemoglobina	16.9	g/dL	12.9-14.2 g/dL
Hematocrito	50.7	%	37.7-53.7 %
Volumen Corpuscular Medio	90.0	fL	81.1-96.0 f/L
HB corpuscular media	29.5	pg	27.0-31.2 pg
Concentración HB corpuescular media	32.8	g/dL	31.8-35.4 g/dL
Ancho Distribución Eritrocitaria	13.3	%	11.5-14.5 %
Recuento de Plaquetas	336	x10^3/uL	150-450 x10^3/uL
Volumen Plaquetario Medio	9.3	fL	6.90-10.6 fL
Ancho de Distribuciòn Plaquetas	15.9	10(GSD)	0.00-99.9 10(GSD)
Plaquetocrito	0.312	%	0.00-9.99 %
DIFERENCIAL MANUAL			
2. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	97.00	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
3. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	**207.00**	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	41.00	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	**221.00**	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	**44.2**	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	121.8	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	5		0 - 5.7

ClIPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: FRANKLIN POLANCO ARTEAGA **SID : 18089**

No. Identificacion: 17651950

Edad: 47 Años **Sexo:** Masculino

Nro. Ordenamiento: 44516 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 07/01/2022 07:13:26

Fecha de Impresion: 07/01/2022 04:53:30 pm

Entidad: PARTICULAR/SENA

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia

4. PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FISICOQUIMICO			
Aspecto	LIMPIDO		
Color	AMARILLO		
Densidad	1030		
pH	5.0		
Proteinas	NEGATIVO	mg/dl	
Glucosa	NEGATIVO	mg/dl	
Cetonas	NEGATIVO		
Hemoglobina	NEGATIVO		
Bilirrubinas	NEGATIVO		
Urobilinogeno	NORMAL	mg/dl	
Leucocitos	NEGATIVO		
Nitritos	NEGATIVO		
SEDIMENTO			
Celulas del tracto bajo	0-2	xc	
Leucocitos	0-2	xc	
Bacterias	ESCASAS	xc	

Validado:ANDREA DEL PILAR CRUZ
Mie Jan 26 2022 15:04:12
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Univ.

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE OPTOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Franklin Polanco Arteaga **Fecha:** 07/01/2022 12:00:00 AM **SID-VISIO : 20516**

No. Identificacion: 17651950 **Empresa:** PARTICULAR/SENA Particular

Edad: 47 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR Ingreso



Cargo: INSTRUCTOR Area: No Refiere Antiguedad: INGRESO

A. Personales Visuales: No Refiere

A. Familiares Visuales: No Refiere

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: VIDEOTERMINALES.

Usa Anteojos: (●) Si ( ) No Bifocal: ( ) Si (●) No LDC: ( ) Si (●) No

Tipo de Uso : Cerca Trae Rx: (●) Si ( ) No

Ultimo Examen: 6 MESES Ultimo Diagnostico: PRESBICIA

RX EN USO TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

OD: No **AV:** No

OI: No **AV:** No

Sintomatologia: VISION BORROSA DE CERCA

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion		PH
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
O.D.:	0.75M		O.D.: 20/20	1.75M	O.D.:
O.I:	0.75M		O.I: 20/20	1.75M	O.I:
A.O:	0.75M		A.O: 20/20	1.75M	A.O:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal

Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: NO SE REALIZA POR PROTOCOLO COVID-19 MIN SALUD **OI:** NO SE REALIZA POR PROTOCOLO COVID-19 MIN SALUD

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: _____ **ME:** _____

OI: _____ **ME:** _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: N **AV:** 20/20

OI: N **AV:** 20/20

Retinoscopia Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: NORMAL **OI:** NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X **Anormal:** _____

◯ Corregido ◯ No Corregido ● Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	**ESFERICO**	**CILINDRICO**	**EJE**	**A.V.**
LEJOS	DERECHO	NEUTRO		°	20/20
	IZQUIERDO	NEUTRO		°	20/20
CERCA	DERECHO	+1,75		°	
	IZQUIERDO	+1,75		°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE:					
CLASE DE FILTRO:					

Clasificación: **Amétrope Corregido**

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION INADECUADAMENTE CORREGIDO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Impresion Diagnostica PRESBICIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: CONTROL EN UN AÑO, USO RX VISION PROXIMA, PAUSAS ACTIVAS. VALORACION POR OPTOMETRIA.

Alejandra Bolaños

Evaluador: Maria Alejandra Bolaños / Optometra Univ. Area Andina
Mon Jan 2022 01/03/2 T:P 1225091404

Fri Jan 2022 01/07/22 07:11:27 FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Franklin Polanco Arteaga	17651950	774
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	19/10/1974
Direccion:	VILLA MONICA		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
39144	Masculino	47	Años	Casado	Profesional Universitari	FLORENCIA	7/01/2022 07:59:57

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SALUD TOTAL	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTOR
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE I		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION	PLEOMORFICO: ☐	ENDOMORFICO: ☐	ECTOMORFICO: ☑				
2. POSTURA	NORMAL: ☐	ASIMETRICA: ☑					
3. CURVATURA COLUMNA	NORMAL: ☐	NO: ☑					
4. MARCHA	NATURAL: ☑	RIGIDEZ: ☐	COJERA: ☐				
5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
6. PALPACION							
a. APOFISIS ESPINOSAS:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
d. MUSCULOS PARAESPINALES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
7. PERCUSION							
EXAMEN FUNCIONAL							
FLEXION							
GRADO I: ☐	GRADO II: ☐	GRADO III: ☑	GRADO IV: ☐				
PRUEBA DE SCHOBER		MAYOR DE 5 CMS (N): ☑	MENOS DE 5 CMS: ☐				
EXTENSION							
INCLINACION LATERAL							
ROTACION Y FLEXION		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER		RELAJACION PV: ☑	CONTRACTURA PV: ☐				
CUNCLILLAS							
ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
ESCOLIOSIS:		SI: ☑	NO: ☐				
MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐				
MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐				

LONGUITUD APARENTE:

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES: _____ _____

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR **MUSLO:** _____ _____

PRUEBA LASEGUE: POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1:	● N	○ AN
DERMATOMA L4:	● N	○ AN
DERMATOMA L5:	● N	○ AN
DERMATOMA S1:	● N	○ AN
DERMATOMA S2:	● N	○ AN
DERMATOMA S3:	● N	○ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO:	● N	○ AN
CUADRICEPS:	● N	○ AN
TIBIAL ANTERIOR:	● N	○ AN
EXTENSOR PPIO DEL PULGAR:	● N	○ AN
ADUCTORES DE CADERA:	● N	○ AN
GLUTEO MEDIANO	● N	○ AN
GLUTEO MAYOR:	● N	○ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO:	● N	○ AN
REFLEJO AQUILIANO:	● N	○ AN

ARTICULACION SACROILIACA		
FABERE:	○ POS	● NEG
MANGO DE BOMBA:	○ POS	● NEG

OBSERVACIONES:

Tue Jan 2022 01/04/22 14:32:28

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822

Fri Jan 2022 01/07/22 07:11:27

Firma del Paciente o Responsable

Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

Centro de Imágenes Diagnósticas CEDIM I.P.S. - Nit. 900559103-5
Sede Administrativa Carrera 15 No 14-38 B/ Centro
Florencia / Caquetá
Tel. 608 4366810 - Ext 1007
administración@cedimips.com
www.cedimips.com

Nombre:	FRANKLIN POLANCO POLANCO ARTEAGA	**Estudio:**	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
Fecha de Nacimiento:	1974-10-19	**Fecha Realización:**	2022-08-01 07:35
Edad:	47 Años 9 Meses 13 Días	**Entidad:**	PARTICULAR
Tipo Documento:	CC	**Documento:**	17651950

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

TECNICA:

Se realiza estudio radiologico de columna lumbosacra en proyecciones AP y lateral.

HALLAZGOS:

No hay signos de listesis.

La altura de los cuerpos vertebrales y espacios discales se encuentra conservada.

Mineralización ósea normal.

Las apófisis espinosas, transversa y los pedículos no muestran alteraciones.

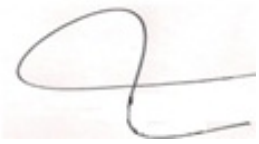
Canal medular conservado.

Desviacion de la columna lumbar de convexidad derecha con curvatura aproximada de 9°, segun el metodo de cobb

OPINIÓN:

- Escoliosis lumbar de 9°, segun el metodo de cobb.

Nota: En la realización del estudio se adoptan los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención del SARS -COV 2/COVID 19 que incluye lavado de manos según las recomendaciones de la OMS. Además de la utilización de equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente; así como limpieza y desinfección de los equipos después de la atención que cada usuario.



Informe firmado electrónicamente por:
DRA. CECILIA PINZON SALAZAR
CÉDULA ESPECIALIDAD: ESP25
MÉDICO RADIÓLOGO
Transcriptor: ANGIE VIVIANA LOPEZ PEÑA



INMITANCIA ACÚSTICA

1. Antecedentes Personales	SI	NO
TCE		
Otitis		
Ingesta Ototóxicos		
Acufenos		
Hipoacusia Subjetiva		
Perforación Timpanica		
Cirugía de Oído		
Vertigo		
Otalgia		
Sensación de Oído tapado		
Prurito		

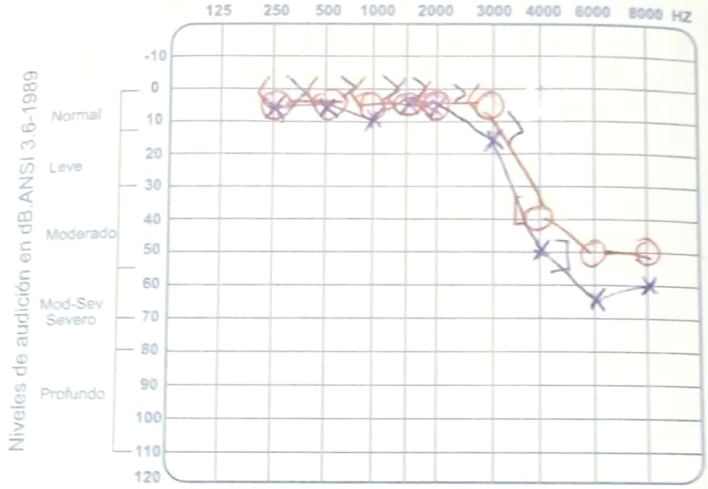
1. Antecedentes Familiares	SI	NO
Sordera familiar		X

1. Antecedentes Laborales	SI	NO
Exposición a ruido ocupacional		
Protección Auditiva		
Exposición extralaboral		
Walkaman y/o Radio	✓	
Discoteca		
Polígono		
ejo y/o Explociones	✓	
oto	✓	

os de Historia Clínica _____

copia Normal

AUDIOMETRIA



Diagnostico Audiologico

IDX: Audicion dentro de parámetros de normalidad Bilateral para PTA (areas de la Comunicación). Se evidencia descenso abrupto en frecuencias agudas bilaterales 4, 6 y 8 Hz.

Es apto para trabajar? NO requiere audifono.

PROMEDIO DE TONOS (500+1000+2000)

O.D. _____ dB HTL

O.I. _____ dB HTL

CONFIABILIDAD

Buena ✓ Regular _____ Mala _____

LOGOAUDIOMETRIA



	O.D		O.I	
Umbral de Voz	0	dB HTL	0	dB HTL
SRT	5	dB HTL	5	dB HTL
SD	35 (100%)	dB HL	35 (100%)	dB HL
Masking	-	dB HTL	-	dB HTL
Rollever	-	%	-	%
MCL	-	dB HL	-	dB HL
UCL	-	dB HL	-	dB HL

IDX. Logoaudiometria S.D del 100% bajo en 35 dBHL.

Compatible con Normalidad y Audiometria Tonal

Audiómetro Rosonne.

Calibraje 23/03/2022.

Audiologa

Escaneado con CamScanner

RV: Exámenes Ocupacionales - INSTRUCTOR FRANKLIN POLANCO ARTEAGA

Externo

Jose Edward Joven Bustamante
para mí

1

cordial saludo

Concepto médico ocupacional SENA ingreso con restricciones preventivas:

Evitar cargas de más de 20 kg sobre espalda en caso de requerir

Evitar exposición a ruidos fuertes continuos

Debe realizar reposo auditivo extralaboral al menos 5 horas

Acudir a control con terapia física de su eps para continuar manejo de escoliosis

cordialmente,

De: jonatan . <jonathan-b.a@hotmail.com>
Enviado: jueves, 19 de enero de 2023 13:17
Para: Jose Edward Joven Bustamante <jejoven@sena.edu.co>
Asunto: Re: Exámenes Ocupacionales - INSTRUCTOR FRANKLIN POLANCO ARTEAGA

Concepto médico ocupacional SENA ingreso con restricciones preventivas:

Evitar cargas de más de 20 kg sobre espalda en caso de requerir

Evitar exposición a ruidos fuertes continuos

Debe realizar reposo auditivo extralabboral al menos 5 horas

MINISTERIO DEL TRABAJO

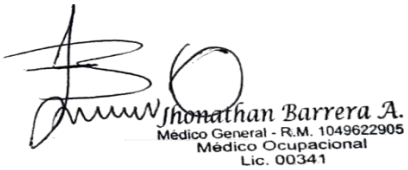
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que el Señor(a) contratista: FRANKLIN POLANCO; Identificado con cédula de ciudadanía N° 17651950 cumple con los documentos del perfil solicitados en lacircular 3-2023-0000014; “Exámenes pre ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaria General”.

Cedula	Nombres y Apellidos	Tipo de Contratación	Exámenes Preempleo	CUMPLE
17651950	FRANKLIN POLANCO	**Contratista**	**SI**	**SI**

Se diligencia a los 24 días del mes de enero de 2024.
Validez hasta el 07/01/2025.

Cordialmente.



BARRERA ARCINIEGAS JHONATHAN
MEDICINA PREVENTIVA
REGIONAL CAQUETA - SENA

Hace constar:

Que el Sr(a) FRANKLIN POLANCO ARTEAGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17651950 realizó el día 26/02/2024 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 FRANKLIN POLANCO ARTEAGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17651950 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 -

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, **FRANKLIN POLANCO ARTEAGA** identificado con **CC** No. **17651950**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 03/02/2019 **Fecha de inicio de cobertura:** 05/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 04/08/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL

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): 202401012745516.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

FLORENCIA, **26/02/2024**
CAQUETA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FRANKLIN POLANCO ARTEAGA** con **Cédula de Ciudadanía** número **17651950**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488443238495**
Fecha de apertura	**24/01/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5607700423

PÓLIZA No: 560-47-994000175228 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGENCIA: 560 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
03	02	2024	03	02	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **FRANKLIN POLANCO ARTEAGA** IDENTIFICACIÓN: CC **17.651.950**

DIRECCIÓN: CL 20 11 03 BRR LA CONSOLATA CIUDAD: FLORENCIA, CAQUETÁ TELÉFONO: 3204410847

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAQUETA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAQUETA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	05/02/2024	06/12/2024	3,107,082.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAQUETA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. CO1.PCCNTR.5883274, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTOR DEL ÁREA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA, IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y EL SEGUIMIENTO EN LA ETAPA PRODUCTIVA; EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CONOCIMIENTO DE LA FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL, Y COMPLEMENTARIA Y A DISTANCIA EN LOS PROGRAMAS REGULAR QUE IMPARTE EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****3,107,082.00	$ **********25,000	$****11,000.00	$ ********6,840	$ **********42,840

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
LEALI SEGUROS ZOMAC LTDA	9410	100.00			

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000560770042

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CBDE207F080FFC7A5D

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RECIBO DE CAJA No. 560178991

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

AGENCIA NEIVA	TRANSACCIÓN Nro. 560300565	FECHA DE RECAUDO 05/02/2024	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR POLANCO ARTEAGA FRANKLIN			C.C o NIT 17651950
TOMADOR PÓLIZA POLANCO ARTEAGA FRANKLIN			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000175228 - NRO. ELECTRÓNICO 5607700423			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS			VALOR RECIBO $ 42,840.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000175228 - ANEXO 0 AGENCIA NEIVA, TOMADOR PÓLIZA: CC-17651950 POLANCO ARTEAGA FRANKLIN . VALOR PAGADO $ 42,840.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 560300565			

FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: LEALI SEGUROS ZOMAC LTDA

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Florencia, 27 de febrero de 2024

SeñoresGrupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano. Servicio nacional de aprendizaje (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.	**1141721837**	**EMANUEL POLANCO FANDIÑO**	**HIJO**
CC	**28613534**	**BLANCA ELISABETH FIGUEROA ORTIZ**	**CONYUGUE**

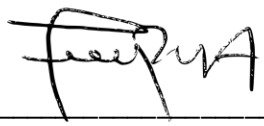
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

- Cónyuge o compañero que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: FRANKLIN POLANCO ARTEAGA
C.C. 17.651.950

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyenteque se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicosque sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal