SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**08869-343009**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HAMINTON RAMOS CALLEJAS	**C.C.**	11.803.097	**IP/Nº de contacto**	3136394603
Correo electrónico contratista:	hramosc@sena.edu.co				

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 53622718380

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: 5886460/2024 **Nº Compromiso SIIF** **9924**

Valor Total del Contrato	$ 28.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.000.000	**1**	**Del**	**15/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 2.000.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.000.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE 22 INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA VICTIMA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL CH

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.000.000		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	**$ 2.000.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.217.025**		**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	----------	**9462878084**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 500.000	$ -	
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	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 405.675	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.217.025,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.629.500,00	
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 - 8551	3.259,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	30.000,00	1,500%
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	**$1.966.741,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se elaboró guías de aprendizaje para el desarrollo de las temáticas a impartir
Se desarrolló la formación de manera presencial de acuerdo con el diseño curricular
Se comparte a través de drive las evidencias desarrolladas durante el proceso de formación, de acuerdo con las guías de aprendizaje.
Se realizó el reporte del estado de la formación.
Se emiten los juicios evaluativos de los resultados des arrollados durante el mes objeto del contrato.
Se realizó el informe correspondiente al mes de febrero
Reporte de las horas laboradas correspondientes al mes de febrero
NOTA:Se realizó reajuste a la planila de salud correspondiente al mes de enero con N°(9463757963)

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.

Haminton Ramos C.

HAMINTON RAMOS CALLEJAS
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,

Yilse Aleida Ruiz Carrillo

Firmado digitalmente por Yilse Aleida Ruiz Carrillo
Fecha: 2024.03.01 16:13:40 -05'00'

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
INSTRUCTOR G13

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11803097		RAMOS CALLEJAS HAMINTON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 10A #25A - 09	QUIBDO-CHOCO	6721355	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	62878084	9462878084	I	2024/02/22	2024/02/13	BANCO AV VILLAS	0	$264,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$910,000	$145,600			$910,000	$113,800			$0	$0			$910,000	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$910,000	$145,600			$910,000	$113,800			$0	$0			$910,000	$4,800		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$910,000	$145,600			$910,000	$113,800			$0	$0			$910,000	$4,800		$0	$0
1	CC 11803097	RAMOS HAMINTON	230201	21	$910,000	$145,600	CCFC20	21	$910,000	$113,800		0	$0	$0	14-23	21	$910,000	$4,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$910,000	$145,600			$910,000	$113,800			$0	$0			$910,000	$4,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11803097		RAMOS CALLEJAS HAMINTON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 10A #25A - 09	QUIBDO-CHOCO	6721355	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	62878084	9462878084	I	2024/02/22	2024/02/13	BANCO AV VILLAS	0	$264,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,600	$0	$0	$145,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,600	$0	$0	$145,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,800	$0	$0	$113,800
COMFACHOCÓ	CCFC20	891,600,091	8	1	$113,800	$0	$0	$113,800
TOTAL				1	$264,200	$0	$0	$264,200

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11803097		RAMOS CALLEJAS HAMINTON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 10A #25A - 09	QUIBDO-CHOCO	6721355	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	9463757963	9463757963	N	2024/02/22	2024/03/01	BANCO DE BOGOTA	8	$114,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$390,000	$62,400			$390,000	$48,700			$0	$0			$390,000	$2,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$390,000	$62,400			$390,000	$48,700			$0	$0			$390,000	$2,000		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$390,000	$62,400			$390,000	$48,700			$0	$0			$390,000	$2,000		$0	$0
1	CC	11803097	RAMOS HAMINTON	230201	21	($910,000)	($145,600)	CCFC20	21	($910,000)	($113,800)		0	$0	$0	14-23	21	($910,000)	($4,800)	0	$0	$0
2	CC	11803097	RAMOS HAMINTON	230201	30	$1,300,000	$208,000	CCFC20	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$390,000	$62,400			$390,000	$48,700			$0	$0			$390,000	$2,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11803097		RAMOS CALLEJAS HAMINTON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 10A #25A - 09	QUIBDO-CHOCO	6721355	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	9463757963	9463757963	N	2024/02/22	2024/03/01	BANCO DE BOGOTA	8	$114,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$62,400	$500	$0	$62,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$62,400	$500	$0	$62,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,000	$100	$0	$2,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$2,000	$100	$0	$2,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,700	$400	$0	$49,100
COMFACHOCÓ	CCFC20	891,600,091	8	1	$48,700	$400	$0	$49,100
TOTAL				1	$113,100	$1,000	$0	$114,100

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14972875086

SENA VALIDACION SIGEP

(415)7707212489984(8020) 000001497287508 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 8 0 3 0 9 7	0	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 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 1 8 0 3 0 9 7	1 9 9 3 0 8 1 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMOS	CALLEJA	HAMINTON	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: CR 10 A 25 A 09 BRR LAS MARGARITAS

42. Correo electrónico: hamintonramosc46@gmail.com

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

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
6 2 0 9	2 0 2 4 0 1 1 6				2 3 2 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																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2024 - 01 - 16 / 15 : 12: 48

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: Hamilton Ramos C.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CORDOBA MOSQUERA SIGELINDA

985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 16-01-2024 03:12:57PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

COMFACHOCO EPS-S
Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado

LA EPS COMFACHOCO EPS

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a): HAMINTON RAMOS CALLEJA

Identificación : CC 11803097

Tipo de Afiliado: Cotizante

Tipo Cotizante: Independiente

Municipio: QUIBDO

Categoria: A

IPS Asignada CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO

IPS Farmacia

IPS PYP

IPS Odontología

Fecha de Retiro:

Estado: ACTIVO

Fecha de Movilidad: 10/02/2020

Regimen: ***CONTRIBUTIVO***

INFORMACIÓN DEL APORTANTE

Documento del Aportante	*Razon Social*	*Fecha Inicio*

INFORMACIÓN COTIZANTES BENEFICIARIOS Y ADICIONALES

Identificación	*Nombre*	*Fecha Movilidad*	*Estado*	*Tipo*	*Fecha Retiro*

Observaciones: En constancia de lo anterior se suscribe , el día 29 de febrero de 2024.

NOTA: La presente certificación carece de validez si presenta enmendaduras. Válida por veinte (20) días hábiles.

Firma M

MIRNA OSISRIS MARTINEZ HURTADO
DIGITALIZADORA
COMFACHOCO EPS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMOS CALLEJA HAMINTON** identificado(a) con **CC** número **11.803.097** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2015 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de febrero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024022920213

CERTIFICACIÓN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

La Coordinadora del Grupo de Gestión de Talento Humano del SENA Regional Chocó, certifica que el examen ocupacional presentado por el señor(a) **HAMINTON RAMOS CALLEJAS**, identificada con cedula **11.803.097**, se encuentra vigente para el proceso de contratación.

La validación de este examen fue realizado por la médica ocupacional en la vigencia 2023, one drive SST.

La expedición de la presente certificación no exime de cumplimiento y aplicación de las normas que en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo regulan la materia.

Dada en Quibdó, a los 23 días del mes de enero de 2024.

KELLY KARINA NIÑO SERNA

Firmado digitalmente por KELLY KARINA NIÑO SERNA
Fecha: 2024.01.23 16:25:49 -05'00'

KELLY KARINA NIÑO SERNA

Coordinador Grupo Regional de Gestión del Talento Humano



CONSULTORIO MEDICO DOCTORA TATIANA SOFIA POSADA ZAMBRANO
MEDICA ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
DIPLOMADO EN CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
NIT. 39049753-1

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Certificado No.:	**607535**	**Fecha y hora:**	16/01/2023 17:27:11
Fecha y hora del Exámen:	14/1/2023 08:00:00 (-05)	**Lugar del Exámen:**	quibdó
Tipo certificado:	Ingreso	**Énfasis en:**	Ostemuscular
Nombre Completo:	HAMINTON RAMOS CALLEJA	**Email:**	hamintonramos@hotmail.es
Tipo Documento:	CC	**No. de Identificacion:**	11803097
Genero:	Masculino	**Fecha de Nacimiento:**	28/7/1975 (47 años de edad)
Empresa:	SENA CHOCÓ	**Cargo:**	INSTRUCTOR SISTEMAS
Lateralidad:	Diestro		

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto Medico:	Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo normal	**¿Se recomienda Valoracion por la EPS?:**	SI
Limitaciones o Restricciones:	ninguno	**Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:**	SI
Recomendaciones médicas laborales:	Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la exposicion laboral, Pausas activas para manos y espalda, Utilizar una adecuada higiene postura y mecanica corporal para la realizacion de su trabajo, Dieta hipocalorica y ejercicio regular de acuerdo a su estado fisico	**Recomendaciones médica para el área del trabajo:**	Uso de señales y normas de bioseguridad
Valoracion por Especialista(s):	1. nutricionista	**Recomendacion a la Patologia preexistente:**	1. uso de gafas 2. uso correcto de mascarilla convencional 3. lavado de manos exhaustivo y frecuente por 45 segundos o desinfección con alcohol al 70% o gel antibacterial 4. mantener la distancia social de 02 metros 5. dieta hipograsa 6. iniciar tratamiento de patología de base
Observaciones:	• glicemia: normal • perfil lipídico: anormal • optometría: anormal • audiometría: normal • exámen de la voz: normal • *NOTA: refiere que tuvo Covid-19 en enero de 2022 y fue asintomatico* • *recibió las dos dosis de la vacuna de astrazeneca y el primer refuerzo de la vacuna de phizer*		

EXÁMENES DE LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS PRÁCTICADOS:

Glicemia, Colesterol, Trigliceridos, HDL, LDL, Optometria, Audiometria

La presente certificación se expide con base en la historia clínica del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Escanee el código QR para verificar la validez de este documento. No. autorización: 9709

Tatiana S. Posada Zambrano
Medica Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
Licencia Salud Ocupacional: 27-120
Fundación Universitaria del Área Andina

FIRMA MÉDICO OCUPACIONAL

Haminton Ramos C.
Nombre: HAMINTON RAMOS CALLEJA
Motivo: Certificado de Aptitud al Cargo
Fecha: 14/01/2023 8:41:02 a. m. (UTC-05:00)
Ubicación: CALLE 30 #3-19 BARRIO CRISTO REY

FIRMA ASPIRANTE AL CARGO
CC 11803097

Consultorio Médico Doctora Tatiana Sofía Posada Zambrano, Medica Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional. Nit: 39049753-1.
Calle 30 # 3-19 entre las carerras 3ra y 4ta, Barrio Cristo Rey | Teléfono: (+57 4) 6707222 | Celular: (+57) 3152163916
Email: contactenos@doctoratatianaposada.com, info@doctoratatianaposada.com | Pagina web: http://www.doctoratatianaposada.com