SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

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

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**76642-287046**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NELSON MONTOYA LOAIZA	**Banco a consignar:**	SCOTIABANK COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	93.285.724	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nmontoyal@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4652016520
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6035027/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**96124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS, CLAVES Y TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**04/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 32.566.725
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 32.566.725
Valor Bruto Pago:	**$ 3.452.303,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 29.114.422

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.452.303	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.452.303**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.459.603**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**29275289**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.380.921	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 172.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta	$ 753.040	$ -	
Salud hasta	$ 30.984.458	$ 820.000	
Renta Exenta 25%			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.459.603,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.279.603,00	
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 - BOGOTÁ	31.681,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.420.622,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación complementaria población victimas y vulnerables. Ficha:2942531 en enchape artesanal de madera (Fundación Buena Sem

Impartir formación complementaria población victimas y vulnerable ficha:2941304 en enchape artesanal en madera(barrio Arabia)

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

NELSON MONTOYA LOAIZA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

EDGAR ELIAS PARRA RUBIO
INSTRUCTOR G20

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

14/03/24 21:01:02 USUARIO: SIC - C.C. 93285724

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **NELSON MONTOYA LOAIZA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **93285724** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 93285724
NOMBRES Y APELLIDOS	NELSON MONTOYA LOAIZA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	17/03/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	58
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	38

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **13/03/2024**

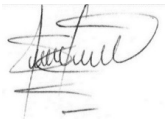
ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NELSON MONTOYA LOAIZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93285724,** se encuentra afiliado/a desde **23/03/1983** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de marzo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RAZÓN SOCIAL :	NELSON MONTOYA LOAIZA
IDENTIFICACIÓN:	CC-93285724
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-03-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-03-11
FECHA DE PAGO:	2024-03-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-02
PERÍODO SALUD:	2024-02
NÚMERO PLANILLA:	29275289
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29275289
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 600	$ 162.500	$ 163.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 13.600	$ 13.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 700	$ 176.100	$ 176.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/04/2024

Scotiabank.
COLPATRIA

Pago exitoso por $176,800

Destino:

ASOPAGOS

Referencia de pago (CUS ID):

506928517

Origen:

Cuenta de ahorros • 4303

Mar 11, 2024 - 11:22 AM

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, **NELSON MONTOYA LOAIZA** identificado con **CC** No. **93285724**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/03/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

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): 202401013278488.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14911850204

(415)7707212489984(8020) 000001491185020 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 2 8 5 7 2 4	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	9 3 2 8 5 7 2 4	1 9 6 0 0 9 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Líbano 4 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONTOYA	LOAIZA	NELSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 2 N 53 31

42. Correo electrónico: montoyanelson0960@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 0 1 6 0 3 0 4	3 1 3 3 1 7 8 2 5 4	

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 1 6 0 3 0 4	3 1 1 0	2 0 0 7 0 2 2 0	8 5 5 1		7 2 1 4	

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 - 05 - 04 / 13 : 48: 39

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 MONTOYA LOAIZA NELSON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) NELSON MONTOYA LOAIZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93285724 realizó el día 16/05/2023 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 NELSON MONTOYA LOAIZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93285724 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 -

Hace constar:

Que el Sr(a) NELSON MONTOYA LOAIZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93285724 el día 16/05/2023 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

Hace constar:

Que el Sr(a) NELSON MONTOYA LOAIZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93285724 el día 13/03/2024 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

Res. Min. Transporte 002730
Ips. 110010302001

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

De acuerdo a la resolución 217 / 2014, resolución 5228/16

CENTRO DE EVALUACIÓN MEDICA PORVIDA LTDA

NIT:830066635-1

Direccion: AC 9 # 50-15 LOCAL C-1060 BOGOTA Telefonos:5640031

Email: UMEDICA@PORVIDA.COM.CO
Numero Examen:PESV00003928
Numero Historico:PESV00016281
Numero Certificado:14806

CER: 14806

EXAMEN PSICOSENSOMETRICO - PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL

INFORMACION GENERAL

Fecha de Emision:	17/01/2023	**Fecha de Evaluacion:**	17/01/2023
Nombres:	NELSON MONTOYA LOAIZA	**Fecha de Nacimiento:**	15/09/1960
Tipo de documento:	CC Cedula de ciudadania	**Numero de documento:**	93285724
Sexo:	Masculino	**Ocupacion:**	Educación/Universidad
Grupo Sanguineo:	O+	**Telefono:**	- 3133178254
Direccion:	CALLE 2 NO 53 - 31 Puente Aranda Bogotá(Cundinamarca)		

CENTRO DE EVALUACIÓN MEDICA PORVIDA LTDA

CERTIFICA

Que el candidato solicito ser evaluado bajo los parametros establecidos por el Ministerio de Transporte en la resolución 217/14, resolución 5228/16, **las pruebas de visiometría, audiometría, exámenes de coordinación motriz, psicologia y medicina general**; para el alcance:

1. **Categoria:** C1-PSV -

2. **Categoria:** No aplica -

VENCIMIENTO DE CERTIFICACION: No aplica

Que como resultado de las evaluaciones realizadas y soportes clinicos presentados se concluye que el candidato es:

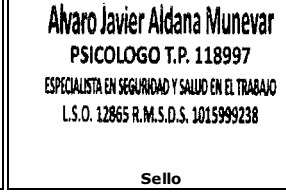
Apto

Restricciones
• **Debe conducir con lentes**

Observaciones
PACIENTE DEBE CONDUCIR CON GAFAS O LENTES DE CONTACTO Y SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO ANUAL

EXM: PESV00003928

Nota: Este certificado se realiza según lo establecido en la resolución 217/14 y resolución 5228/16.

Certificador : ALVARO JAVIER ALDANA MUNEVAR Cedula de Ciudadania No. 1015999238 Cod. verificacion firma digital:	 **Firma**	 **Sello**	 **Huella**
Candidato : NELSON MONTOYA LOAIZA CC Cedula de ciudadania No. 93285724	 **Firma**	 **Huella derecha**	 **Huella izquierda**

Por medio de mi firma en el certificado, me comprometo a no divulgar materiales de examen confidenciales ni a tomar parte en prácticas fraudulentas de examen, de lo contrario se suspenderá o retirara la certificación, siendo devuelto al Organismo de Certificación. $ArchivosAdjuntos

Porvida – Centro de evaluación médica	CENTRO DE EVALUACIÓN MÉDICA PORVIDA LTDA.	2019/03/01
	CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	VERSIÓN: 7
		PGM10-F03

Fecha de apertura: DD 17 MM 1 AAAA 2023 **Hora:** 08:18 am **No.** 10324-1

Nombre de la empresa: PARTICULAR Nit:

Examen Médico Ocupacional: [X] Pre-ingreso [ ] Periódico [ ] Re Integro [ ] Retiro [ ] Post-incapacidad

Cargo: INSTRUCTOR

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: NELSON MONTOYA LOAIZA

Tipo de documento: CC [X] CE [ ] NUIP [ ] Número de identificación: 93.285.724 de LIBANO

Lugar de nacimiento: VILLAHERMOSA (TOLIMA) Fecha de nacimiento: 15/09/1960 Edad: 62 Años

2. EXÁMENES EFECTUADOS

Examen medico ocupacional

[X] Osteomuscular [ ] Espacios Confinados [ ] Trabajo en alturas [ ] Manipulación de alimentos
[X] Visiometría [X] Audiometría [ ] Psicología [ ] Espirometría

Exámenes laboratorios

[X] Glicemia [ ] Serología [X] Perfil Lipídico [ ] Coprológico [ ] Uroanálisis [ ] KOH Uñas
[ ] Hemoclasificación [X] Cuadro Hemático [ ] Frotis de Garganta

Otros complementarios: CARDIOVASCULAR

3. APTITUD OCUPACIONAL

Diligencie **DIFERENTE** a Examen Medico ocupacional de RETIRO

[ ] El examen médico no presenta defectos ni patología
[X] Al examen médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral
[ ] Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingreso

¿Presenta restricciones? No [X] Si [ ] ¿Cuál?

Ingresa al P.V.E (Plan de vigilancia epidemiológica) No [ ] Si [X]

Auditivo	[ ]	Visual	[X]	Psicosocial	[X]	Manejo de Voz	[ ]
Respiratorio	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Osteomuscular	[X]	Químico	[ ]
Biológico	[ ]	Radiaciones Ionizantes	[ ]	Otro ¿Cuál?	[ ]		

Diligencie **SOLO** para Examen Medico ocupacional de RETIRO

[ ] Al examen médico no se encuentran alteraciones que limitan su capacidad laboral
[ ] Al examen médico presenta condiciones de salud que requieren remisión

Remisión: EPS [ ] ARP [ ] Fundamentos de la remisión:

Recomendaciones

DIETA HIPOCALORICA - CONTROL VISUAL ANUAL - HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA VERTEBRAL – REALIZAR PAUSAS ACTIVAS – USO DE EPP SEGÚN EL CARGO – MEDIDAS DE PROTECCION PARA EVITAR COVID-19

4. CONCEPTO FINAL DE APTITUD

[X] Apto [ ] No Apto
[ ] Apto con restricciones [ ] Aplazado

Espacios Confinados: Apto [ ] No Apto [ ]
Trabajo en alturas: Apto [ ] No Apto [ ]

Manipulación de alimentos: Apto [ ] No Apto [ ]

"El examinado certifica bajo gravedad de juramento que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud; que toda la información expresada en este documento es cierta y que ha sido informado de los resultados obtenidos en cada una de las valoraciones realizadas y las recomendaciones entregadas por cada profesional.

Este concepto se expide con base en la historia clínica ocupacional del paciente a la fecha.

Firma y Sello del Medico

Dr. Juan Guillermo Rojas C.
Esp. Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Res. No. 16996 del 25/03/2022

Nombre: JUAN GUILLERMO ROJAS CASTAÑEDA
Cedula No: 1.019.089.630

Firma del paciente

Nombre: NELSON MONTOYA LOAIZA
Cedula No: 93285724 de LIBANO

Fecha ingreso : 17/01/2023 03:06:42 PM
Fecha de muestra: 17/01/2023
Fecha impresion : 17/01/2023 07:28:55 PM

ISO 15189:2012
20-LCL-001

24-E24-1269198

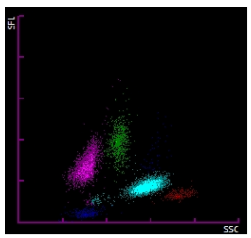
No. de Orden	:E24-1269198	No. Interno	:E24-1269198
Paciente	:MONTOYA LOAIZA NELSON	Edad	:62 a 4 m 2 d
Documento Id	:93285724	Fecha Nacimiento	:15/09/1960
Empresa	:NANCY ESPERANZA SARMIENTO	Sexo	:MASCULINO
Sede	:BOG REFERENCIA	Teléfono	:3133178254
E-Mail	:@	No. Autoriza	:

EO%NEU**COL**TRIG**RBC**HDL**HGB**VMP**NRBC**LDL**MCH**WBC**PLAQ**VLDL**VCM**NORMOB%**RD Web**

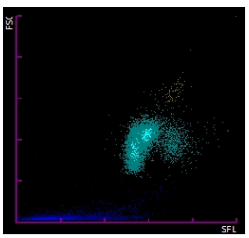
Examen		Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
HEMATOLOGÍA				
CUADRO HEMATICO Sangre Total				S
Mensurando dentro del alcance de acreditación				
LEUCOCITOS.		9.31	10^3/uL	5 - 10
NEUTROFILOS %		53.1	%	50 - 62
LINFOCITOS %		33.4	%	25 - 40
EOSINOFILOS %		2.7	%	0 - 3
MONOCITOS %	*	9.8	%	3 - 7
BASOFILOS %		1	%	0 - 2
GRANULOCITOS INMADUROS%	*	0.6	%	0 - 0.43
NORMOBLASTOS%		0.1	%	0 - 0.2
NEUTROFILOS		4.95	10^3/uL	1.4 - 6.5
LINFOCITOS		3.11	10^3/uL	1.2 - 3.4
EOSINOFILOS		0.25	10^3/uL	0 - 0.7
MONOCITOS		0.91	10^3/uL	0 - 1.2
BASOFILOS		0.09	10^3/uL	0 - 0.2
GRANULOCITOS INMADUROS #	*	0.06	10^3/uL	0 - 0.03
NORMOBLASTOS #		0.01	10^3/uL	0 - 0.012
ERITROCITOS		5.62	10^6/uL	4.7 - 6.1
HEMOGLOBINA		17	g/dL	14 - 18
HEMATOCRITO		50.8	%	42 - 52
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA(HCM)		30.2	pg	26 - 34
CONCENTRACION Hb CORPUSCULAR MEDIA(MCHC)		33.5	g/dL	31 - 38
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA(RDW)		14	%	11.5 - 14.6
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA		46.6	fL	0 - 0
PLAQUETAS		221	10^3/uL	150 - 500
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO(VPM)	*	11.1	fL	4.69 - 10
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO(VCM)		90.4	fL	82 - 98

Tecnica: CITOMETRIA DE FLUJO

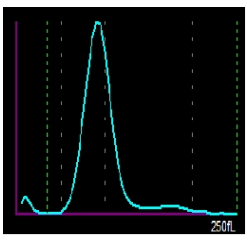
Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 17/01/2023 07:08 PM



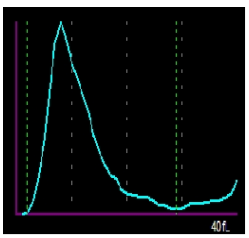
DIFF



WBC_BASO



RBC



PLAQUETAS

QUIMICA CLINICA

PERFIL LIPIDICO - Suero

Mensurando dentro del alcance de acreditación				
TRIGLICERIDOS	56.2	mg/dl	0 -	0

Intervalo Biológico de Referencia:

Fecha ingreso : 17/01/2023 03:06:42 PM
Fecha de muestra: 17/01/2023
Fecha impresion : 17/01/2023 07:28:55 PM

ISO 15189:2012
20-LCL-001

24-E24-1269198

No. de Orden	E24-1269198	No. Interno	E24-1269198
Paciente	MONTOYA LOAIZA NELSON	Edad	62 a 4 m 2 d
Documento Id	93285724	Fecha Nacimiento	15/09/1960
Empresa	NANCY ESPERANZA SARMIENTO	Sexo	MASCULINO
Sede	BOG REFERENCIA	Teléfono	3133178254
E-Mail	@	No. Autoriza	

EO%NEU**COL**TRIG**RBC**HDL**HGB**VMP**NRBC**LDL**MCH**WBC**PLAQ**VLDL**VCM**NORMOB%**RD Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
PERFIL LIPIDICO - Suero			
Mensurando dentro del alcance de acreditación			
Normal : Menor de 150 mg/dl Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl. Alto : Entre 200 - 499 mg/dl Muy alto : Mayor o igual a 500 mg/dl Tomado de NCEP ATP III 2001			
Tecnica: COLORIMETRIA			
COLESTEROL TOTAL	120.9	mg/dL	0 - 0
Intervalo Biológico de Referencia: Optimo : Menor de 200 mg/dl Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl Alto : Mayor o igual a 240 mg / dl Tomado de NCEP-ATP III 2001			
Tecnica: COLORIMETRIA			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	42	mg/dl	0 - 0
Intervalo Biológico de Referencia: Bajo : Menor de 40 mg/dl Alto : Mayor o igual 60 mg/dl Tomado de : NCEP-ATP III 2001			
Tecnica: COLORIMETRIA			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	67.66	mg/dl	0 - 130
COLESTEROL VLDL	11.24	mg/dL	6 - 34
	Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA		17/01/2023 07:08 PM
GLICEMIA BASAL Suero			
Mensurando dentro del alcance de acreditación			
GLICEMIA BASAL	94.9	mg/dL	82 - 115
Tecnica: HEXOQUINASA			
	Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA		17/01/2023 07:08 PM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo . -

No. de Orden	:E24-1269198	No. Interno	:E24-1269198
Paciente	:MONTOYA LOAIZA NELSON	Edad	:62 a 4 m 2 d
Documento Id	:93285724	Fecha Nacimiento	:15/09/1960
Empresa	:NANCY ESPERANZA SARMIENTO	Sexo	:MASCULINO
Sede	:BOG REFERENCIA	Teléfono	:3133178254
E-Mail	:@	No. Autoriza	:

EO%NEU**COL**TRIG**RBC**HDL**HGB**VMP**NRBC**LDL**MCH**WBC**PLAQ**VLDL**VCM**NORMOB%**RD Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Fase pre analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)
Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte