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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**81538-938997**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.022.386.654	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yvvargas456@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91261680748
IP/Nº de contacto:	3204487799	**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**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	SI
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:	5756611/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**4624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financierosen el área temática de Contabilidad de los programas presencialesde acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral,				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 18.606.250
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.411.400
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.140.750

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	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	**$ 4.465.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.450**	**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		----------	**75628261**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 1.786.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.400	$ 9.400
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		$ 446.550	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.291.005		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.450,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
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	38.219,00	0,966%
-	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	**$4.427.281,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Detallar las actividades de planeación con las fichas 2770783 jornada Noche de L a V, 43,80hh fichas 2770684 jornada Noche de L a V, 61,70h Ficha 2770684 Jornada madrugada L a V 39,80h

8.Actividades respecto de las novedades gestionadas ante la coordinación las fichas 2770783 jornada Noche de L a V, 43,80h fichas fichas 2770684 jornada Noche de L a V, 61,70h Ficha 2770684 Jornada madrugada L a V 39,80h

11. Se cumple con todo lo dispuesto en el código de Integridad de la entidad de planeación y gestión (MIPG), sistema integrado de gest de gestión y auto control (SIGA), Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y Sistema ambiental y de y de eficiencia energética.

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

YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS
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,

JOSE RICARDO PEREZ CAMARGO
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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

18/03/24 23:26:20 USUARIO: SIC - C.C. 1022386654

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022386654	YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS	kr 51 b bis # 41 b - 35 sur	3204487799	yesivarcus@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	75628261	$520.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	223.300	0		0		0	5	1.000	0	224.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	285.800	0	0	0	0	5	1.300	0	287.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	5	100	9.500			94	9.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.300	224.300
Pensión	1	285.800	287.100
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	520.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022386654	YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS	kr 51 b bis # 41 b - 35 sur	3204487799	yesivarcus@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	75628261	$520.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022386654	VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA	59	0			N																	230201	1.786.200	285.800	0	0	0	0	EPS008	1.786.200	223.300	14-23	1.786.200	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICADO DEPENDIENTES

Bogotá D.C. 21 DE MARZO DE 2024

Señores:
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
La 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	NOMBRE	PARENTESCO
TI	1025547305	SANTIAGO PEREZ VARGAS	HIJO
TI	1025554244	AVRIL PEREZ VARGAS	HIJA
RC	1025560034	MARIA EMMA PEREZ VARGAS	HIJA

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,

Firma: 
_____
Nombre: YESICA VANESSA VARGASS CUBILLOS
Documento:1022386654 de Bogotá D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025560034

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55162156

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [57] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 8 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA - NOTARIA 57

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	VARGAS

Nombre(s)

MARIA EMMA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes FEB Día 01	FEMENINO	AB	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13952725-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1022386654 DE BOGOTÁ, D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91159586 DE FLORIDABLANCA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 91159586 DE FLORIDABLANCA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2017 Mes FEB Día 07	LEON GUILLERMO PICO MORA SEGÚN RESOLUCIÓN 0378 DEL 30 DE ENERO DE 2017 SNR Nombre y firma

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.437-5 TEL. 430 2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1025554244

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53386283

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 57 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 057

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

COLOMBIA **** CUNDINAMARCA **** BOGOTA *** NOTARIA 57***

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	VARGAS

Nombre(s)

AVRIL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2014 Mes JUL Día 29	FEMENINO	B	POSITIVO

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

*****COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.*******

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	12798644-0*******

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1022386654 DE BOGOTA D.C.******	COLOMBIANA******

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 91159586 DE FLORIDABLANCA******	COLOMBIANA******

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 91159586 DE FLORIDABLANCA*******	Oscar A Perez Jaimes

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes AGO Día 04	LEON GUILLERMO PICO MORA (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Oscar A Perez Jaimes	LEON GUILLERMO PICO MORA (E)
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV. 2 178 F 007

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1025547305

Indicativo Serial 51072264

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 5 2

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	VARGAS

Nombre(s)

SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes JUL Día 04	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10726403-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 93082705110 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91159586 DE FLORIDABLANCA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 91159586 DE FLORIDABLANCA	Oscar Antonio Perez Jaimes

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes JUL Día 07	EDUARDO AGUSTIN FUERTES MORALES
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Oscar Antonio Perez Jaimes	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

T.P. DE V. 155, FOL 392

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

PRIMER RESPONDIENTE
¡GENTE QUE AYUDA!

La Secretaría Distrital de Salud – SDS, la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos – UAECOB y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS

CC 1022386654

Tomó el curso virtual gratuito Primer Respondiente ¡Gente que ayuda!

Nota: Esta constancia no acredita como instructor ni autoriza el desarrollo de actividades del sector salud

Bogot D.C. 18 de Marzo de 2024

SBI-20247787629551

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S. CONSULTORIAS LTDA
NIT: 900151015-2

VIGILADO Supersalud

Certificado de Aptitud
Ingreso Laboral
Docente



Fecha: 04/Ene/2022, **Hora:** 09:27:41 a.m.
Apellido: Vargas Cubillos **Nombre:** Yesica Vanessa
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1022386654
Empresa: Servicio Nacional De Aprendizaje Sena
Emp. Usuaria: Sena
Cargo: Instructora
Lugar:
Direccion: Carrera51b Bis#41b-35c
Telefono: **Celular:** 3204487799 **Email:** **Estado Civil:** Soltero (a)

HC: # 15066
Edad: 28 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 27/Ago/1993
Rh: A+

Examenes Realizados

Audiometria Tamiz	Normal	Visiometria	Normal	Glicemia	Normal	Examen Medico Ocupacional	
Osteomuscular	Normal	Cuadro Hematico Tipo I	Normal	Perfil Lipidico	Normal	Examen Cardiovascular	Normal
Psicologico Prueba	Normal						

Concepto

Apto Con Condiciones (que No Intervienen En Su Trabajo)
Examen Audiométrico (fonoaudiología), Pulmonar, Respiratorio, Neurológico, Dermatológico Y Cardiovascular : Normal.

Recomendaciones

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
* Sve Ostemuscular	* énfasis En Actividad Física Regular

Medicas	Laborales
* Uso De Corrección óptica Permanente	* Docentes, Cuidar Las Manos Humectándolas Con Cremas Especializadas, Vigilar El Estado De Salud De Las Cuerdas Vocales, Realizar Pausas Activas Para El Adecuado Descanso De La Fonación Y Músculos Asociados A Dicha Acción.además Al Estar Mucho Tiempo De Pie O Sentado, Realizar Ejercicios Para Activar La Circulación En Los Miembros Inferiores.realizar Pausas Para El Descanso Osteomuscular Y Visual, Realizar Ejercicios Específicos Para Evitar Posibles Complicaciones Con El Túnel Del Carpo, Controlar Su Agudeza Visual.

Observaciones

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los Hallazgos fueron consignados en historia clinica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007

Notas:

1) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de Junio de 2009 del cual transcriben a continuación algunos apartes: "La custoria de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clinica ocupacional estara a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumplienddos requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
2) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas
3) S.I.S. OCUPACIONAL es reasponsable del tratamiento de datos personales atendiendo los deberes de seguridad y confidencialidad ordenados por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

Escaneado con CamScanner

DARWIN RODRIGUEZ C.
MED.ESP.S.O
R M 952246

Darwin Jose Rodriguez Consuegra
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 4061/19
Registro #: 4061/19

Yesica Vanessa Vargas Cubillos
CC 1022386654

Huella
Digital

Escaneado con CamScanner