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 GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**30 de Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**12908-833608**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MAURICIO HERNANDO DURAN VALENCIA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	16.801.518	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	maurici oduran0609@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	24041024243
IP/Nº de contacto:	3128239247	**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?	NO
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:	5914289/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**46624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTORES:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL AL CGMLTI PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL- FPI EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA DE ACUERDO CON LAS ESPECIALIDADES OFERTADAS POR EL CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.724.360
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.724.360
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 31.258.815

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.728.690**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4546869575**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.309.893	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 163.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 209.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.900	$ 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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.787.566	$ 910.000	
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	2.728.690,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.092.145,00	
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	39.530,00	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	**$4.426.015,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL QUINCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar formacion en Asesoria Comercial en las diferentes I.E.D. Técnica Media.

I.E.D. Los Periodistas grado 11, Entre Nubes grado 10, Aldemar Rojas grado 11, Estanislao Zuleta grado 10 y 11, Ginacio Santa Rocio grado 10.

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

MAURICIO HERNANDO DURAN VALENCIA
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,

LUIS ALBERTO CAMACHO BOLANOS
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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/04/24 21:32:06 USUARIO: SIC - C.C. 16801518

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	16801518
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAURICIO HERNANDO DURAN VALENCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	AVENIDA 4 NORTE NO. 4N 107	TELÉFONO:	8000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Formación académica no formal.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4546869575**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998275185

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 160.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 160.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 125.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 125.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 5.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 5.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 289.400**
VALOR MORA:	**$ 1.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 290.600**

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14510645834

(415)7707212489984(8020) 000001451064583 4

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

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 6 8 0 1 5 1 8	1 9 8 5 0 4 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	La Victoria 4 0 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DURAN	VALENCIA	MAURICIO	HERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CR 92 3 A 50 BRR MELENDEZ

42. Correo electrónico: mauricioduran0609@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 3 2 4 2 6 0	3 1 2 8 2 3 9 2 4 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 5 1	1 9 9 9 0 2 1 5	8 5 6 0	2 0 1 4 0 1 1 5		8 5 4 2	8 5 4 1

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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 2019 - 05 - 20

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SOMEDIN IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral

NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com

Código:	SS-F-05
Versión:	01
Fecha:	JULIO-13-2015



N° 64.299

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	09 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DURAN VALENCIA MAURICIO HERNANDO	MASCULINO	57 AÑOS 0 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	16801518 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

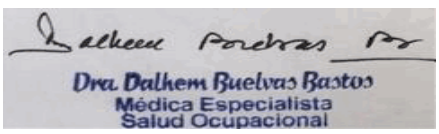
OPTOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, PULMONAR, DERMATOLÓGICO, NEUROLÓGICO Y CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA	✓	PRUEBA DESARROLLO PSICOSOCIAL	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR GAFAS CORRECTIVAS PARA VISIÓN DE CERCA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
VISIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE VISUAL DE LA EMPRESA	INCLUIR EN LOS PVE DE LA EMPRESA SEGÚN LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



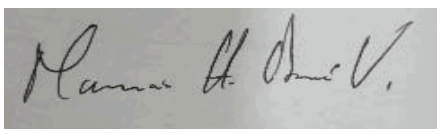
Firma:

Nombre: BUELVAS BASTOS DALHEM DEL SOCORRO

R. M.: 6002/91 **L.S.O.:** 11273/2021

Código de Seguridad
H128N1T64299

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: DURAN VALENCIA MAURICIO HERNANDO

CC: 16801518



NIT. 900331937-0
Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 10,988

Ciudad: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) 09/09/2023 - 10:26 A. M. **Fecha Atención:** 09/09/2023 10:26:26a. m.

CC: 16801518 **Nombres y Apellidos:** DURAN VALENCIA MAURICIO HERNAN **Fecha de Nacimiento:** 06/09/1966 **Edad:** 57 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CALLE 44 NORTE N 4M 101 **Teléfono:** 3128239247 **Celular:** 3128239247

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: INSTRUCTOR **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: NO REFIERE **Parentesco:** NO REFIERE

Diagnóstico:

PRUEBA APLICADA: TEST MINI MENTAL STATUS EXAMINATION MMSE DE FOLSTEIN - ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

OBJETIVO:

Evaluar estado mental y cognitivo, así como caracteristicas personales, sociales y laborales

AREAS EVALUADAS:

1.ORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO: 10 PUNTOS
2.REPETICION INMEDIATA: 3 PUNTOS
3.ATENCION Y CALCULO: 5 PUNTOS
4.MEMORIA: 3 PUNTOS
5.LENGUAJE: 9 PUNTOS
PUNTUACION OBTENIDA: 30

DESCRIPCION CUALITATIVA

Corresponde a un desarrollo mental y cognitivo normal. Se encuentra orientado en tiempo y espacio, con buenos niveles de memoria, atención y concentración. No se evidencia alteraciones de conciencia ni del lenguaje verbal o escrito a nivel expresivo y comprensivo. En cuanto a pensamiento, comprende instrucciones impartidas, presenta adecuada capacidad de análisis, así como adaptabilidad a las exigencias del medio. En cuanto al manejo de relaciones interpersonales, se muestra como una persona con adecuada interacción social, cordial y respetuosa en su contacto, selectivo y perceptivo en las relaciones, es comunicativo. Manifiesta metas definidas, encaminadas al logro de estabilidad laboral y económica, así como bienestar familiar. Presenta estrategias para afrontar problemas centradas en la definición de la situación, para la búsqueda de ayuda y alternativas de solución, mostrándose recursivo. Orientado al logro.

CONCEPTO:

Durante la evaluación, el evaluado no presenta indicadores de trastornos cognitivos y de comportamiento. A la fecha se considera apto psicológicamente para laborar.

PSICÓLOGO

Hilda Acevedo Sanchez
Psicóloga
REG. 3040 - RMINS 3073

Firma:
Nombre: ACEVEDO SANCHEZ HILDA
R. M.: 3073

PACIENTE

Firma:
Nombre: DURAN VALENCIA MAURICIO HERNANDO
CC: 16801518

NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com

Código:	SS-F-04
Versión:	01
Fecha:	JULIO-13-2015



N° 84,299

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	09 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DURAN VALENCIA MAURICIO HERNANDO	MASCULINO	57 AÑOS 0 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	16801518 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES NORMALES MUSCULO ESQUELÉTICO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

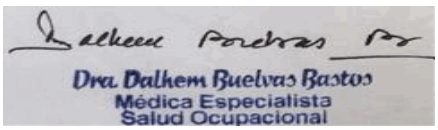
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR. ✓	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
REALIZAR BUENAS POSTURAS.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	INCLUIR EN LOS PVE DE LA EMPRESA SEGÚN LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN	CONTROL DE PESO: BAJAR DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA: DIETA BAJA EN GRASAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



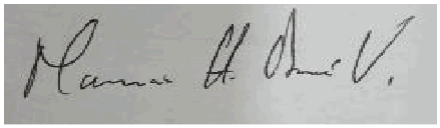
Firma:

Nombre: BUELVAS BASTOS DALHEM DEL SOCORRO

R. M.: 6002/91 **L.S.O.:** 11273/2021

Código de Seguridad
H128N1T64299

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: DURAN VALENCIA MAURICIO HERNANDO

CC: 16801518



NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 54,346

Fecha: 09/09/2023 **Municipio:** PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **CC:** 16801518 **Nombre:** DURAN VALENCIA MAURICIO HERNAN **Edad:** 57 AÑOS 0
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: CALI **Motivo Consulta:** EXAMEN DE TRABAJO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES REFRACTIVOS	USA GAFAS ULTIMAS 3 AÑOS

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ARDOR	NO REFIERE
ASINTOMÁTICO	NO REFIERE
CANSANCIO	NO REFIERE
CEFALEA	NO REFIERE
DOLOR	NO REFIERE
ENROJECIMIENTO	NO REFIERE
LAGRIMEO	NO REFIERE
MALA VISIÓN CERCANA	SI
MALA VISIÓN LEJANA	NO REFIERE
PRURITO	NO REFIERE
SENSACIÓN CUERPO EXTRAÑO	NO REFIERE
VISIÓN DOBLE	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	2.0	N/A	NO APLICA	N/A	0.5
O.I:	NO APLICA	20/20	2.0	N/A	NO APLICA	N/A	0.5
A.O:	NO APLICA	20/20	2.0	N/A	NO APLICA	N/A	0.5

EXAMEN EXTERNO

CHALAZIO: **NO**
EDEMA: **NO**
FOLÍCULOS: **NO**
HIPEREMIA: **NO**
NORMAL: **AO**
ORZUELO: **NO**
OTROS: **NO**
PAPILAS: **NO**
PINGUECULA: **NO**
PTERIGIÓN: **NO**
RESEQUEDAD: **NO**
SECRECIÓN: **NO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO DERECHO: **K´ =**

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO IZQUIERDO	IPERMETROPI.
OJO DERECHO	IPERMETROPI.

RX FINAL

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

VISIÓN COLOR

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

OJO DERECHO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

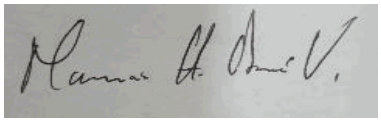
Wendy Paola Otálora Calderón
Optómetra - USTA
Reg. 11063-07 CTNPO 1955
ESP Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: OTALORA CALDERON WENDY PAOLA

R. M.: 11063-07 CTNPO1955 **L.S.O.:**

PACIENTE



Firma:

Nombre: DURAN VALENCIA MAURICIO HERNANDO

CC: 16801518

NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha:** 09/09/2023

Número de Identificación: 16801518 **Nombre:** DURAN VALENCIA MAURICIO HERNANDO **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 06/09/1966 **Edad:** 57 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA

PARAMETRO	RESULTADO		V. REFERENCIA
GLICEMIA BASAL	79		70 - 110 mg/dl

Bacteriólogo

Firma:

Marellys Balceiro Castro
BACTERIOLOGA
REG. 0805072
UNIVERSIDAD METROPOLITANA

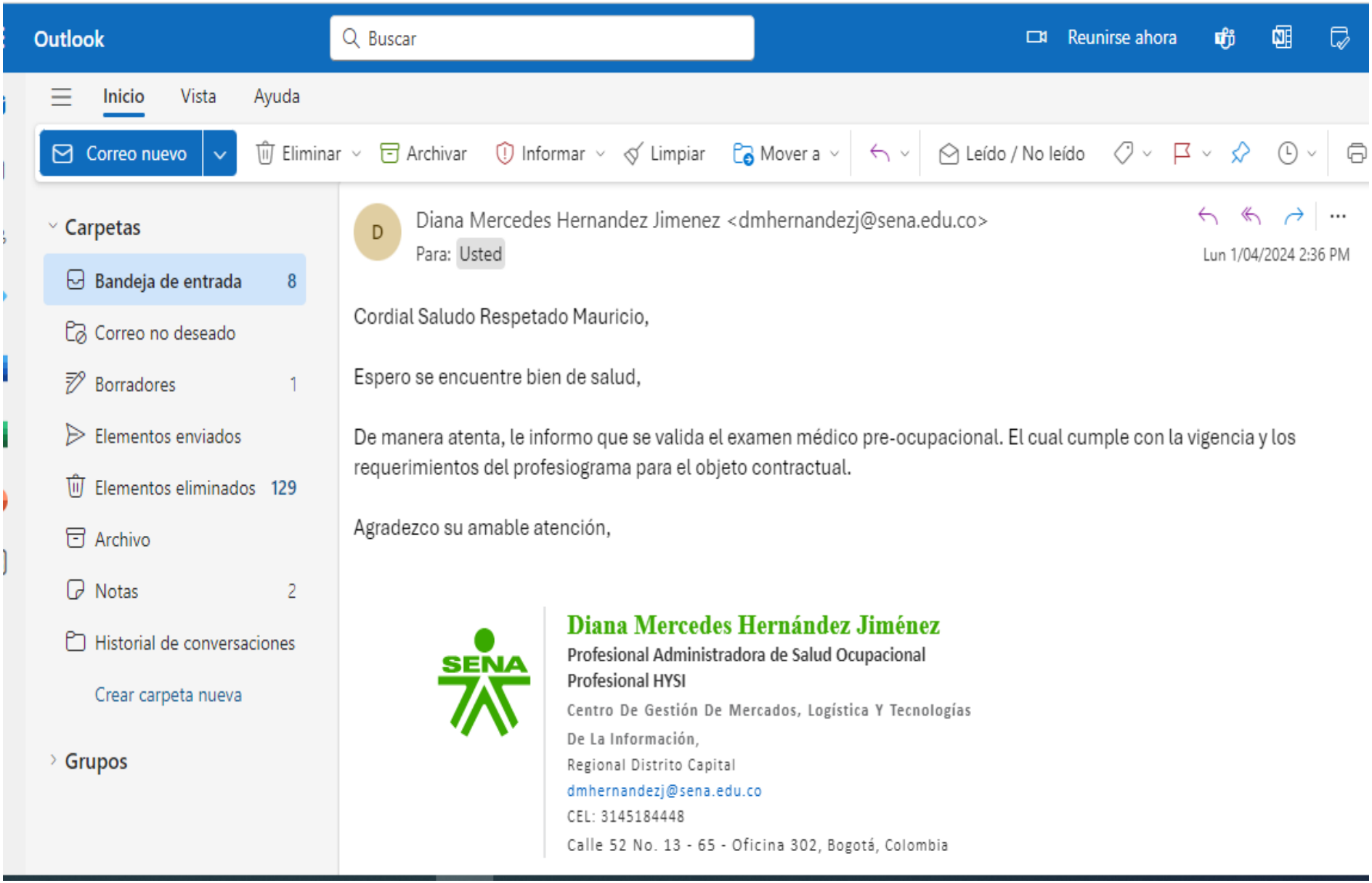
Nombre: BALCEIRO CASTRO MARELLYS SARAY
RM: 0805072

Paciente

Firma:

Nombre: DURAN VALENCIA MAURICIO HERNANDO
CC: 16801518

Correo: Mauricio He...



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, **MAURICIO HERNANDO DURAN VALENCIA** identificado con **CC** No. **16801518**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 17/04/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 08/04/2024 **Fecha fin de Contrato:** 14/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 202401014325941.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de abril 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