SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL NORTE DE SANTANDER
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-NORTE DE SANTA

Código Regional	**54**
Código Centro	**953710**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**86532-815180**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN MANUEL ARENAS GALVIS	**C.C.**	88.213.759	**IP/Nº de contacto**	00000
Correo electrónico contratista:	jumarga75@misena.edu.co				

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 66200135730

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1355202/2020 **Nº Compromiso SIIF** **17720**

Valor Total del Contrato	$ 34.111.350	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.111.350	**1**	**Del**	**11/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 2.400.428,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.710.922		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.400.428		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	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	**$ 2.400.428**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.414.939**		**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	----------	**7743194666**	Valor Base retención en la fuente	1.414.939,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 960.171	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.126.628,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 120.100	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 153.700	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 10.100	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8542	10.208,00	0,480%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Estampilla Departamental	48.009,00	2,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 240.043		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 471.646		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.342.211,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en Implementacion y Mtto de Equipos Electrónicos Industriales
Impartir formación profesional integral en Mtto Electrónico e Instrumental Industrial

TOTAL DIAS A LIQUIDAR: 14
TOTAL HORAS DEL MES: 101
MUNICIPIO DE EJECUCION: CUCUTA
MES DE EJECUCION: FEBRERO DEL 2020

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.

JUAN MANUEL ARENAS GALVIS
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,

OLMAN GERARDO SUAREZ MORENO
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

EDUARDO RIVERA SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	88213759
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JUAN MANUEL ARENAS GALVIS ARENAS GALVIS ARENAS GALVIS ARENAS GALVIS ARENAS		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 1 E N 4E 48 QUINTA BOSCH	TELÉFONO:	5742642
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7743194666**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	enero
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		567287328

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 141.300
SUBTOTAL:			1	**$ 141.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 110.400
SUBTOTAL:			1	**$ 110.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 251.700**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JUAN MANUEL ARENAS GALVIS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 88.213.759, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 11/02/2020 y fecha fin de contrato 16/12/2020 con riesgo 2.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101266037.

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

San José de Cúcuta, 21 de febrero de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo:

a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos sí provinieron de la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos sí provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que si quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que si obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($46’418.000).
e. Por el año gravable 2019, no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2019, no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San José de Cúcuta a los 21 días del mes de febrero de 2019



_____

JUAN MANUEL ARENAS GALVIS
C.C. 88213759 DE CUCUTA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Cúcuta, 21 de febrero de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de 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(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1091969624**	**KAROL MARIANA ARENAS CONTRERAS**	**HIJO**
NUIP	**1092011937**	**JUAN CAMILO ARENAS ARION**	**HIJO**

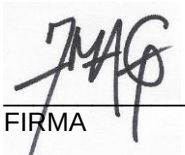
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _Juan Manuel Arenas Galvis_____

C.C. __88.213.759 de Cúcuta_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1092011937

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58002292

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	02				N4C

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

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARENAS **********	ARION **********

Nombre(s)

JUAN CAMILO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes DIC Día 18	Masculino	O	Positivo

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

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14332991-0

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARION MENDOZA SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37442331	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARENAS GALVIS JUAN MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 88.213.759	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARENAS GALVIS JUAN MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 88.213.759	

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 DIC Día 19	JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

JAIME ENRIQUE GONZÁLEZ MARROQUIN
NOTARIO
NOTARIA SEGUNDA DE CUCUTA

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA SEGUNDA DE CUCUTA
REGISTRO CIVIL

Fecha:19/12/2017
Hora:14:23:27

Que la presente fotocopia es fiel y exacta reproducción de su original, que se halla inscrito en el libro o serial, cuyos datos se consignan a continuación.

Serial:58002292 Año:2017

notariadecucuta

Válido para: Trámites Legales

JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN
NOTARIO SEGUNDO

JAIME ENRIQUE GONZÁLEZ MARROQUIN
NOTARIO
NOTARIA SEGUNDA DE CUCUTA

58002292

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Imp. por CITAR S.A. PBX: (57) 3316001. Bogotá - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.091.969.624**

ARENAS CONTRERAS

APELLIDOS

CAROL MARIANA

NOMBRES

Mariana Arenas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-2006**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

25-FEB-2024
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

F SEXO

27-MAR-2013 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P:2500100-00432208-F-1091969624-20130419 0032758835H 1 7592297960

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN MANUEL ARENAS GALVIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88213759 realizó el día 20/02/2020 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 JUAN MANUEL ARENAS GALVIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88213759 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 - SENA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

CUCUTA, NORTE DE SANTANDER,
COLOMBIA,
SENA

19/01/2020

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUAN MANUEL ARENAS GALVIS** con **Cédula de Ciudadanía** número **88213759**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550066200135730**
Fecha de apertura	**08/08/2003**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AUDIOMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

1. INFORMACION GENERAL



EMPRESA	SENA INSTRUCTOR			**FECHA**	2020/01/27
NOMBRE	JUAN MANUEL ARENAS GALVIS				
CEDULA	88213759	**DE**	CUCUTA	**GENERO**	M
EDAD	44	**F. NACIMIENTO**	1975/05/03	**LUGAR**	CUCUTA
DIRECCION	CALLE 1 # 4E-48 QUINTA BOSCH				
TELEFONO		**CELULAR**	3188688743	**CARGO**	INSTRUCTOR DE AULA

2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	TIEMPO	EPP	TIPO
SENA	INSTRUCTOR	12 AÑOS	NO	NO REFIERE
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO	NO REFIERE

3. EXPOSICION AL RUIDO

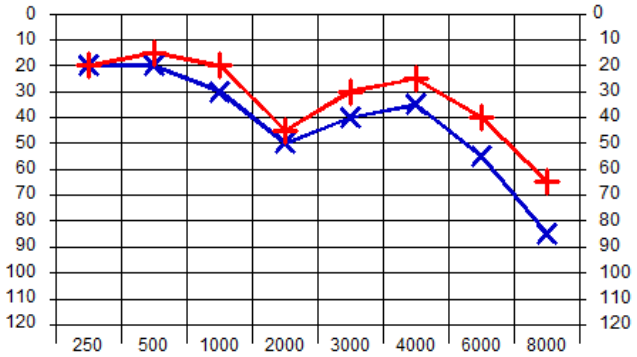
Exp. Ruido	NO	Tiempo jornada	NIEGA	Tiempo	NIEGA	años	EPP	NO	Espuma	NO	Plastico	NO	Silicona	NO	Orejera NO
Exp. Extralaboral Ruido	SI	Tejo	NO	Audífono	SI	Moto	NO	Discoteca	NO	Buceo	NO	Poligono	SI	Otras	NINGUNA

4. ANTECEDENTES

Antecedentes Familiares	SI	Cuales	HTA, DIABETES												
HTA	NO	Diabetes	NO	Otitis	SI	Meningitis	NO	Cirugia	NO	Exposición	NO	Trauma	NO	TCE	NO Ototoxicos NO
Otros	NO	Cuales	NINGUNA												
Tinnitus	NO	Sordera	NO	Reclutamiento	NO	Vertigo	NO	Cefalea	NO	Otalgia	NO	Otorrea	NO	Oido Tapado	NO
Otros	NO	Sintomas	OTITIS AGUDA BILATERAL												

5. ASPECTOS GENERALES

Audiometro marca	MAICO MA41	Fecha calibración	2019/09/18
Larsen:	O.D. GRADO II	O.I.	GRADO II
Otoscopia			
O.D.	TAPON DE CERUMEN PARCIAL		
O.I.	TAPON DE CERUMEN TOTAL		



6. AUDIOGRAMA

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
O.D.	20	15	20	45	30	25	40	65
O.I.	20	20	30	50	40	35	55	85

DIAGNOSTICO OIDO DERECHO PRESENTA DESCENSO DE LEVE A PROFUNDO EN FRECUENCIAS 2000 A 8000 HZ LARSEN GRADO II. OIDO IZQUIERDO PRESENTA DESCENSO DE LEVE A SEVERO EN FRECUENCIAS DE 1000 A 8000 HZ LARSEN GRADO II.

OBSERVACION MANEJO CON GLICERINA CARBONATADA. REALIZAR EXAMENES AUDITIVOS COMPLEMENTARIOS.

CONDUCTA SIN RESTRICCION AUDITIVA - USO DE PROTECTOR AUDITIVO - CONTROL EN 9 MESES - REQUIERE REALIZAR EXAMENES CLINICOS AUDITIVOS

DANNY EDUARDO BONILLA ESPINEL
REGISTRO 544767
LICENCIA S.O. 2133

JUAN MANUEL ARENAS GALVIS
C.C. 88213759

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO LABORAL
EXAMEN DE INGRESO

LICENCIA S.O. 3700

FECHA 27/01/2020



EMPRESA	SENA INSTRUCTOR						
NOMBRE	JUAN MANUEL ARENAS GALVIS						
CEDULA	88213759	**DE**	CUCUTA				
EDAD	44	**GENERO**	M	**CARGO**	INSTRUCTOR DE AULA TALLER		
PROFESION	INGENIERO ELECTRONICO						

EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO REALIZADOS :

AUDIOMETRIA	SI	**COLESTEROL**	SI	**HEMOCLASIFICACION**	NO	**RX TORAX**	NO
OPTOMETRIA	SI	**COLESTEROL HDL**	SI	**CUADRO HEMATICO**	NO	**RX COLUMNA**	NO
ESPIROMETRIA	SI	**COLESTEROL LDL**	SI	**GLICEMIA**	SI		
VISIOMETRIA	NO	**TRIGLICERIDOS**	SI	**SEROLOGIA**	NO		

OTROS

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

1. HIGIENE POSTURAL.2. PAUSAS ACTIVAS Y COMPENSADORAS.3. VISIOMETRIA Y AUDIOMETRIA ANUAL.4. CAPACITACION SOBRE RIESGO BIOMECANICO Y TRABAJO SEGURO 5. APLICACION DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL .6. USO DE EPP .7. EVITAR MANEJO DE PESO SUPERIOR A 15 KILOS.8. REALIZAR ACTIVIDADES DISMINUYENDOS AQUELLAS QUE REQUIERAN MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE FLEXO EXTENSION DE TRONCO.

Ingresa al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : Nutrición Saludable

CONSTANCIA

Dejamos constancia que el trabajador firmó a satisfaccion el consentimiento informado para la realización de la evaluación médica y de todos los exámenes y pruebas complementarias. Adicionalmente certifico que se remitirán todos los documentos que conforman la Historia Medica del trabajor relacionado en esta certificación a la EPS asignada por él.

B. Barrios B

BELINDA BARRIOS BARRIOS
REGISTRO MEDICO 994
LICENCIA S.O. 1950

JUAN MANUEL ARENAS GALVIS
C.C. 88213759

H. LLEGA 07:40:29 H. SALE 08:45:49

Calle 6 # 7E-26 Quinta Oriental. Teléfonos 5751474 - 5751709. Celular 3142968278 - 3153738562. www.prinsoips.com

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

ESPIROMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

1. INFORMACION GENERAL



EMPRESA	SENA INSTRUCTOR			**FECHA**	2020/01/27
NOMBRE	JUAN MANUEL ARENAS GALVIS				
CEDULA	88213759	**DE**	CUCUTA	**GENERO**	M
EDAD	44	**F. NACIMIENTO**	1975/05/03	**LUGAR**	CUCUTA
DIRECCION	AV 3 #13-54 VILLA DE SARACOSA				
TELEFONO	NO	**CELULAR**	3188688743	**CARGO**	INSTRUCTOR DE AULA TALLER
PESO	104	**TALLA**	185	**I.M.C.**	30.3

2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	TIEMPO	PR. RESPI.	FUENTE	MEDIO	REFEREN.
SENA	INSTRUCTOR DE AULA	13 AÑOS	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

3. ANTECEDENTES PERSONALES

RINITIS ALERGICA	NO	**GRIPE FRECUENTE**	NO	**NO FUMADOR**	NO	**1-5 AÑOS FUMA**	SI
ASMA	NO	**QUIRURGICO**	NO	**1-4 CIGARRILLOS / DIA**	SI	**6-10 AÑOS FUMA**	NO
CIFOESCOLIOSIS	NO	**FARMACOLOGICO**	NO	**5-14 CIGARRILLOS / DIA**	NO	**MAS DE 10 AÑOS FUMA**	NO
DERMATITIS ATOPICA	NO	**ACTIVIDAD DEPORTIVA**	NO	**15-25 CIGARRILLOS / DIA**	NO	**EXFUMADOR**	SI
ENF. PULMONAR	NO	**INSTRUMENTO MUSICAL**	NO	**MAS DE 25 CIGARRILLOS / DIA**	NO	**OTROS**	NO

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

ASMA	NO	**RINITIS ALERGICA**	NO	**DERMATITIS ATOPICA**	NO	**QUIEN**	

5. REVISION POR SISTEMAS

DIFICULTAD PARA RESPIRAR	NO	**TOS SECA**	NO	**EXPECTORACION**	NO	**DISNEA POR EJERCICIO**	NO
LAGRIMEO	NO	**RINORREA**	NO	**GRIPA FRECUENTE**	NO	**OTROS**	NO

6. INTERPRETACION DE RESULTADOS

ESPIROMETRO MARCA	SPIROBANK G			**FECHA DE CALIBRACION**	2019/06/06		
CV :	4.79	**VEFI :**	4.34	**VEFI / CV :**	90.60	**%**	
FEF 0-25% :	10.86	**FEF 25-75% :**	7.35	**PEF :**	11.35		
TRASTORNO :	NINGUNO	**SEVERIDAD :**	NJINGUNO	**OTROS :**			

DIAGNOSTICO ESPIROMETRIA NORMAL

CONDUCTA - CONTROL EN UN AÑO - USO DE PROTECCION PERSONAL

CATEGORIA A

Flujos espiratorios normales y CVF normal

OMAIRA MANRIQUE VARGAS
REGISTRO 68-1688
LICENCIA S.O. 4011

JUAN MANUEL ARENAS GALVIS
C.C. 88213759

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL
EXAMEN DE INGRESO

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE



EMPRESA	SENA INSTRUCTOR	**FECHA**	27/01/2020
NOMBRE	JUAN MANUEL ARENAS GALVIS		
CEDULA	88213759 **DE** CUCUTA	**GENERO**	M
EDAD	44 **F. NACIMIENTO** 03/05/1975 **LUGAR** CUCUTA		
DIRECCION	AV 3 #13-54 VILLA DE SARACOSA		
TELEFONO	NO **CELULAR** 3188688743 **ESTADO CIVIL** DIVORCIADO(A)		
NIVEL EDUCATIVO	POSTGRADO **CENTRO DE TRABAJO** SENA		
AREA	OPERATIVA **PROFESION** INGENIERO ELECTRONICO		
CARGO	INSTRUCTOR DE AULA TALLER **EPS** COOMEVA		
AFP	PORVENIR **ARL** POSITIVA		

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

TIEMPO	EMPRESA	CARGO	EXPOSICION A RIESGOS F	Q	BM	B	S	P
13 AÑOS	SENA	INSTRUCTOR DE AULA	SI	NO	SI	NO	SI	SI
N/A	NO REPORTA	N/A	NO	NO	NO	NO	NO	NO
N/A	NO REPORTA	N/A	NO	NO	NO	NO	NO	NO

2.2. ACCIDENTES DE TRABAJO / ENFERMEDAD LABORAL

EVENTO O ENFERMEDAD LABORAL	AT	EL	FECHA	TIPO	LESION Y PARTE DEL CUERPO
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A

SECUELAS NO

PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL NO

3.1. ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSION	PADRES	**CANCER**	MADRE CA MAMA	**T.B.C.**	NIEGA
CARDIOPATIAS	NIEGA	**ASMA**	NIEGA	**OSTEOMUSCULARES**	NIEGA
DIABETES	PADRE	**VARICES**	NIEGA	**SINDROME CONVULSIVO**	NIEGA
ALERGIAS	NIEGA	**ARTRITIS**	NIEGA	**PSIQUIATRICOS**	NIEGA
ACV	NIEGA	**OTROS**	NIEGA		

3.2. ANTECEDENTES PERSONALES

CONGENITAS	NO	**CARDIOVASCULAR**	NO	**OSTEOMUSCULAR**	NO	**PSIQUIATRICOS**	NO
INMUNOPREVENIBLES	NO	**PULMONAR**	NO	**ALERGICO**	NO	**FARMACODEPENDENCIA**	NO
INFECCIOSA	NO	**GASTROINTESTINAL**	NO	**TOXICOS**	NO	**NO REFIERE**	NO
SISTEMICA	NO	**GENITOURINARIA**	NO	**FARMACOLOGICOS**	NO	**QUIRURGICO**	NO
OJOS	NO	**DEFORMIDADES**	NO	**TRAUMATICO**	SI	OSTEOSINTESIS X TOBILLLO DER 2000, ACC DEPORTIVO. HERNIAS DISCALES CERVICALES C5-C6-C7.	
AGUDEZA	NO	**NEUROLOGICO**	NO	**TRANSFUSIONES**	NO		
NASOFARINGEA	NO	**PIEL**	NO	**VENEREAS - SIDA**	NO		

OBSERVACIONES : LUXACION DE CADERA IZQUIERDA POR ACCIDENTE DE TRANSITO 1992, REDUCCION CERRADA Y REPOSO.CAIDA SENTADO, EVENTO COMUN, CGIA 17 03 19

3.3. ANTECEDENTES TRAUMATICOS

LESION O TRAUMA	SI/NO	AÑO	PARTE DEL CUERPO	SECUELAS
FRACTURAS	NO	2000	Miembros inferiores	NINGUNA
LUXACIONES	SI	1992	Manos	NINGUNA
ESGUINCES	NO	N/A	N/A	N/A
C. SENTADO	NO	N/A	N/A	N/A
C. CON TORCION	NO	N/A	N/A	N/A
OTROS	NO	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES NEUROCIRUGIA INCAPACIDAD 60 DIAS. DDO DE ALTA, CONTROL MENSULA.

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL
EXAMEN DE INGRESO

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

3.5 HABITOS

FUMA	NO			**FUMABA**	NO		
ALCOHOL	SI	**REGULARIDAD**	OCASIONAL	**CAFE**	NO	NIEGA	
DEPORTE	NO			**OFICIOS EXTRAS**	NO		

3.6 INMUNIZACIONES - VACUNAS

HEPATITIS B	SI	**FIEBRE AMARILLA**	SI	**TETANO**	SI	**INFLUENZA**	SI	**VARICELA**	NO	**OTRAS**	NO

REVISION POR SISTEMAS : REFIERE DOLOR OCASIONAL EN COLUMNA LUMBAR Y HACE UN MES DOLOR EN ANTEBRAZO IZQ LUEGO DE

4. REVISION

PESO	104	**TALLA**	185	**I.M.C.**	30.3	**PULSO X MIN**	74	**RESPIRACION X MIN**	18	**TENSION ARTERIAL**	120/80	ZURDO

4.1. EXAMEN FISICO

1.ESTADO NUTRICIONAL	Anormal	**13.OTOSCOPIA**	Normal	**25.INSP. TORAX SENOS**	Normal
2.PIEL	Normal	**14.INSP. EXT. NARIZ**	Normal	**26.AUSCULTACION RESPIRATORIA**	Normal
3.FANERAS	Normal	**15.RINOSCOPIA**	Normal	**27.AUSCULTACION CARDIACA**	Normal
4.PALPACION CRANEO	Normal	**16.LABIOS**	Normal	**28.INSPECCION DE ABDOMEN**	Normal
5.FONDO DE OJO	Normal	**17.MUCOSA BUCAL**	Normal	**29.INSP. MIEMBROS SUPERIORES**	Normal
6.GENITALES EXTERNOS	Normal	**18.ENCIAS**	Normal	**30.INSP. MIEMBROS INFERIORES**	Normal
7.PARPADOS	Normal	**19.PALADAR**	Normal	**31.INSP. COLUMNA VERTEBRAL**	Anormal
8.CONJUNTIVAS	Normal	**20.DIENTES**	Normal	**32.PALPACION COLUMNA**	Normal
9.AGUDEZA VISUAL	Anormal	**21.VARICES**	Normal	**33.PULSO RADIAL Y PEDIO**	Normal
10.PUPILAS	Normal	**22.FARINGE**	Normal	**34.REFLEJOS TENDINOSOS**	Normal
11.REFL. FOTOMOTOR	Normal	**23.AMIGDALAS**	Normal	**35.ARTICULACIONES**	Normal
12.INSP. EXT. OIDOS	Normal	**24.INSP. CUELLO**	Normal	**36.NEUROLOGICO**	Normal
ALINEACION COLUMNA VERTEBRAL	NORMAL			**37.ESFERA MENTAL**	Normal

ANORMALES : 1. OBESIDAD G I.2. DESCAMACION Y ERITEMA EN PIEL DE CARA.29. TINEL MUÑECA IZQ POSITIVA Y DOLOR A LA SUPIN. 9. MIOPIA.31. DOLOR LEVE EN REGION LUMBAR A LA FELXION 80°. EXTENSION Y LATERALIZACION COMPLETA. LASEGUE Y BRAGAR NEGATIVO.

5. EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO

AUDIOMETRIA	OIDO DERECHO PRESENTA DESCENSO DE LEVE	**GLICEMIA**	85
OPTOMETRIA	MIOPIA	**HEMOCLASIFICACION**	
ESPIROMETRIA	ESPIROMETRIA NORMAL	**CUADRO HEMATICO**	
RX TORAX		**SEROLOGIA**	
RX COLUMNA		**TRIGLICERIDOS**	119
COLESTEROL	158	**VISIOMETRIA**	
COLESTEROL LDL	97	OTROS:	
COLESTEROL HDL	37		

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

DIAGNOSTICO: 1. OBESIDAD G I. 2. MIOPIA.3. LUMBALGIA.4. TENDINITIS ANTEBRAZO IZQUIERDO.5. DERMATITIS SEBORREICA.6.OIDO DER DESCENSO DE LEVE A PROFUNDO EN FRECUENCIAS 2000 A 8000 HZ LARSEN G II.

OBSERVACIONES: CONSULTARE EPS PARA ATENCION POR DERMATOLOGIA PARA VALORACION POR DERMATITIS SEBORREICA

RECOMENDACIONES: 1. HIGIENE POSTURAL.2. PAUSAS ACTIVAS Y COMPENSADORAS.3. VISIOMETRIA Y AUDIOMETRIA ANUAL.4. CAPACITACION SOBRE RIESGO BIOMECANICO Y TRABAJO SEGURO 5. APLICACION DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL .6. USO DE EPP .7. EVITAR MANEJO DE PESO SUPERIOR A 15 KILOS.8. REALIZAR ACTIVIDADES DISMINUYENDOS AQUELLAS QUE REQUIERAN MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE FLEXO EXTENSION DE TRONCO.

Ingresa al programa de gestión para la prevención del peligro : Nutrición Saludable

HAGO CONSTAR Y CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE SUMINISTRE AL MEDICO SON REALES Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD EN CASO CONTRARIO

B. Barrios B

BELINDA BARRIOS BARRIOS
REGISTRO MEDICO 994
LICENCIA S.O. 1950

JUAN MANUEL ARENAS GALVIS
C.C. 88213759

LABORATORIO CLINICO E INMUNOLOGICO

EMPRESA 2-1 SENA INSTRUCTOR **FECHA** 2020/01/27

NOMBRE JUAN MANUEL ARENAS GALVIS

CEDULA 88213759 **DE** CUCUTA **GENERO** M

EDAD 44 **F. NACIMIENTO** 1975/05/03 **LUGAR** CUCUTA

DIRECCION CALLE 1 # 4E-48 QUINTA BOSCH

TELEFONO **CELULAR** 3188688743 **CARGO** INSTRUCTOR DE AULA



PESO 103 **TALLA** 185 **I.M.C.** 30.0

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA CLINICA			
GLICEMIA BASAL	84.90	mg/dL	70 - 110 mg/dL
COLESTEROL TOTAL	158.00	mg/dL	HASTA 200 mg/dL
COLESTEROL HDL	37.40	mg/dL	MAYOR 35 mg/dL
COLESTEROL LDL	96.80	mg/dL	MENOR 150 mg/dL
TRIGLICERIDO	119.00	mg/dL	HASTA 150 mg/dL

LUZ ADRIANA CASTANEDA
REGISTRO 171

JUAN MANUEL ARENAS GALVIS
C.C. 88213759

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

OPTOMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA LA CONSERVACION DE LA SALUD VISUAL

1. INFORMACION GENERAL

EMPRESA	SENA INSTRUCTOR			**FECHA**	2020/01/27
NOMBRE	JUAN MANUEL ARENAS GALVIS				
CEDULA	88213759	**DE**	CUCUTA	**GENERO**	M
EDAD	44	**F. NACIMIENTO**	1975/05/03	**LUGAR**	CUCUTA
DIRECCION	CALLE 1 # 4E-48 QUINTA BOSCH				
TELEFONO		**CELULAR**	3188688743	**CARGO**	INSTRUCTOR DE AULA



2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FR	PV	TIEMPO	PROM. H.E.	TOTAL H.E.	EFEC. EXP.
NO REPORTA	N/A	NO	NO	N/A	0	0	0
NO REPORTA	N/A	NO	NO	N/A	0	0	0

3. ANTECEDENTES PERSONALES

HIPERTENSION NO	**DIABETES** NO	**MIGRAÑA** NO	**RINITIS** SI	**OTROS** NO	**QUIRURGICOS** NO
DETALLE NO REPORTA					
MIOPIA SI	**HIPERMETROPIA** NO	**ASTIGMATISMO** NO	**PRESBICIA** SI	**OTROS** NO	**QUIRURGICOS** NO
DETALLE NO REPORTA					
MOLESTIAS VISUALES NINGUNO					
ANT. FAMILIARES NO REPORTA					

4. AGUDEZA VISUAL

		V. LEJANA	V. CERCANA			V. LEJANA	V. CERCANA	RX EN USO
SC	O.D.	20/200	0.5 m	CC	O.D.	20/20	N/A	--2.75
	O.I.	20/200	0.5 m		O.I.	20/20	N/A	-3.50

5. INSPECCION OCULAR

VALORACION	O.D.	O.I.	OBSERVACIONES
PINGUECULA Y/O PTERIGIO	NO	NO	NA
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	X	X	LEVE
SECRECION	NO	NO	NA

OTROS BLEFARITIS

MOTILIDAD	**VL** ORTHO		**VP** X		**PPC** 10 CM		
OFTALMOSCOPIA	**OD:** MEDIOS TRANSPARENTES			**OI:** MEDIOS TRANSPARENTES			
RETINOSCOPIA	**OD:** -2.50	**AV** 20/20		**OI:** -3.50	**AV** 20/20		
RX FINAL	**OD:** -2.50	**AV** 20/20		**OI:** -3.50	**AV** 20/20		

6. OTROS ASPECTOS POR VALORAR

VALORACION	O.D.	O.I.	OBSERVACIONES
ESTEREO TEST	NORMAL	NORMAL	NINGUNA
VISION DEL COLOR ISHIHARA	NORMAL	NORMAL	NINGUNA
CAMPIMETRIA DE CONFRONTACION	NORMAL	NORMAL	NINGUNA

DIAGNOSTICO MIOPIA

CONDUCTA - RX ADECUADA

OBSERVACIONES USO PERMANENTE

YUDY CARDENAS
REGISTRO 304
LICENCIA S.O. 001949

JUAN MANUEL ARENAS GALVIS
C.C. 88213759

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14681081683

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 882137595 — 6. DV: 6

12. Dirección seccional: Impuestos de Cúcuta — 7

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida (2)	Cédula de Ciudadanía (13)	88213759	1993/06/08

Lugar de expedicion	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Norte de Santander (54)	Cúcuta (001)

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARENAS	GALVIS	JUAN	MANUEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA (169)	Norte de Santander (54)	Cúcuta (001)

41. Dirección principal: CALLE 1 4 E 48 BRR QUINTA BOSCH

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
jumarga75@hotmail.com		5890950	3188688743

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria 48. Código	49. Fecha inicio actividad	Otras actividades 50. Código 1	2
8542	2006/12/29	6202	2020/02/01	6190	7110

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 52, 24, 49

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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: 2020/01/29

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ARENAS GALVIS JUAN MANUEL

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO