

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL MAGDALENA CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA - SERVICIOS		Código Regional	47
			Código Centro	911810
			Fecha Elaboración	Febrero de 2020
			Versión	ENERO 2020 - 1,20
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA ing.aniballuna@misena.edu.co		C.C.	1.047.365.291
Correo electrónico contratista:			IP/Nº de contacto	4568
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE		Es declarante de renta?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	NO		Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA		Inducción SST	SI
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Tipo de cta	AHORROS		Nº Cuenta	51666620953
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº del contrato:	1358927/2020		Nº Compromiso SIIF	4620
Valor Total del Contrato	\$ 26.531.050	Nº Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 26.531.050	1	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 24.004.283		10/02/2020	29/02/2020
			Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.526.767	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.526.767	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.497.275			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Febrero	Enero	Valor Base retención en la fuente	1.497.275,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.010.707	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.238.567,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 126.400	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 161.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 5.300	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	15.670,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ 242.200	\$ -	Pro-Hospital	50.535,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 499.092	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 2.460.562,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
formacion profesional integral para el programa TECNICO EN INSTALACION DE REDES DE COMPUTADORES en las fichas 2022841 y 1906722				
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.			ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES 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				
BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1047365291	NÚMERO PLANILLA:	4325395670	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2020
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	DÍAS DE MORA:		0	
DIRECCIÓN:	CRA 21 C 4 29F 04	TELÉFONO:	4000000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999074792
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 140.500	\$ 0	\$ 140.500
SUBTOTALES:										\$ 140.500	\$ 0	\$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 109.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800
SUBTOTALES:													\$ 109.800	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 4.600	\$ 4.600	\$ 0	\$ 0	\$ 4.600
SUBTOTALES:									\$ 4.600	\$ 0	\$ 0	\$ 4.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																		
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																							ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN			TOTAL APORTE	TOTAL APORTE				
1	CC 1047365291	LUNA VILLANIBAL ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.594.561		NO							01-30										230301-PORVENIR	30	\$ 877.803	\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 140.500	ESSC24-COOSALUD ESS	30	\$ 877.803	\$ 109.800	\$ 0	\$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 877.803	104736529	\$ 4.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 254.900
--------------	-------------------



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.365.291**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 – 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento: CC - 1047365291

Nombres: ANIBAL ENRIQUE

Apellidos: LUNA VILLA

No. de carnet: 13001000536

Tipo de afiliado: COTIZANTE

Fecha de afiliación: 2016/07/01

Estado de afiliación: ACTIVO

Régimen: CONTRIBUTIVO

IPS: SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS

Departamento - Municipio: MAGDALENA - SANTA MARTA

Categoría: A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 28 días del mes de enero de 2020.


CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Subdirector Nacional De Aseguramiento

[illegible]

TOTAL APORTES A PRISIÓN													
ADMINISTRADORA		NO. COTIZANTES		COTIZACIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTAL CS	
CÓDIGO	NOMBRE		1		\$250,000		EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIO	SUBSISTENCIA	FSP	APORTES	MORA
20001-HORVIER									\$0	\$0	\$0	\$250,000	\$250,000
SUBTOTALS:													\$250,000
VALOR PAGADO													\$250,000

[illegible][illegible][illegible]

TOTAL	\$ 468.100
--------------	-------------------

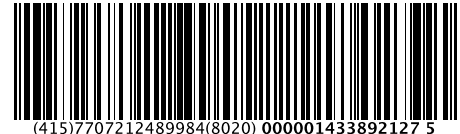
2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14338921275



(415)7707212489984(8020) 000001433892127 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 4 7 3 6 5 2 9 1 -

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 4 7 3 6 5 2 9 1

27. Fecha expedición:

2 0 0 3 1 2 2 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bolívar

1 3

30. Ciudad/Municipio:

Cartagena

0 0 1

31. Primer apellido

LUNA

32. Segundo apellido

VILLA

33. Primer nombre

ANIBAL

34. Otros nombres

ENRIQUE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio:

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CR 21 C 4 29 F 04 BRR VILLA BELLA

42. Correo electrónico:

ing.aniballuna@gmail.com

43. Código postal

3 0 4 5 4 9 6 2 9 0

44. Teléfono 1:

3 0 4 5 4 9 6 2 9 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 5 5 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 5 1 5

Actividad secundaria

48. Código:

6 2 0 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 5 1 5

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

2 3 2 0

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	5	1	2																							

12- Ventas régimen simplificado

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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 5 0 5 1 5

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PEÑALOZA DE MARIN SILVIA ESTER

985. Cargo: Analista III



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047365291 realizó el día 19/02/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



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 ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.047.365.291, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 10/02/2020 y fecha fin de contrato 10/09/2020 con 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 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): 20200101241347.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Martes, 28 de Enero de 2020

Señores
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA identificado(a) con CC 1047365291, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	51666620953	2011/02/09	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:		
SANTA MARTA			AGENCIA SANTA MARTA			46			46-46-101002111			0		
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:			Vigencia Hasta:			A las:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Tipo Movimiento:			
08	02	2020	08	02	2020	00:00	10	01	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:			Identificación:		
LUNA VILLA ANIBAL ENRIQUE			1047365291		
Dirección:			Ciudad:		
CEN TRO MUSEO HISTORICO.			CARTAGENA - BOLIVAR		
			Teléfono:		
			3164258649		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:			Identificación:		
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			899999034-1		
Dirección:			Ciudad:		
CL 29 NRO. 13 - 127			SANTA MARTA - MAGDALENA		
			Teléfono:		
			4212065		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1358927 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O COMPLEMENTARIA VIRTUAL DEL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA DEL SENA REGIONAL MAGDALENA, EN LA ESPECIALIDAD DE SISTEMAS.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	08/02/2020	10/01/2021	\$ 2,653,105.00
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00	\$ 2,653,105.00	08/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
LV SEGUROS LTDA	184554	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 20 NO. 11-75 L103 C.C. SANTA MARTA ACUARIUM - Teléfono: 4201

Mmsm7

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Anibal Laverde
FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2185977



Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

**PREVENIR 1-A S.A**

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**Tipo certificación:**Ingreso ☒Periódico ☐Retiro ☐Caso ocupacional ☐Trabajo en alturas ☐Control ☐Reubicación ☐Ingreso al SVE ☐Post incapacidad ☐

Fecha: 07/02/2020 EPS: COOSALUD EPS

Empresa: PARTICULAR

Dirección:

Teléfono:

Sede:

Actividad: INSTRUCTOR

Fondo de pensión: PORVENIR

DI: 1047365291 Nombre: ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA

Hijos: 0

Masculino ☒Femenino ☐

Fecha de nacimiento: 04/10/1985 Edad: 34 años

Estado Civil: Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ U. Libre ☐ Escolaridad: Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☐ Univ. ☐ Post grado ☒

Dirección

Teléfono

ARL

Municipio

Departamento

RH

POSITVA COMPAÑIA

DE SEGUROS SA

A+

Antecedentes clínicos:

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo

Antigüedad del cargo

Antigüedad en la empresa

Nro. de personas a cargo

INSTRUCTOR

INGRESO

INGRESO

Sección OPERATIVA

Turno: Diurno ☒ Nocturno ☐ Rotativo ☐

Descripción funciones del cargo: INSTRUCTOR

Maquinaria, herramientas y materia prima utilizada:

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:

Gafas ☐Casco ☐Tapabocas ☐Overol ☐Botas ☐Protector auditivo ☐Respirador ☐Guantes ☐Escafandra ☐Cofia ☐Mangas ☐Peto ☐Visera ☐Otros ☐**HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO**

Empresa	Cargo	Factores de riesgo																			Tiempo años
		D	N	R	VB	RA	I	T	PR	P	H	V	ER	BI	PS	EI	M	F	EPP	MEC	
SENA	INSTRUCTOR	☒	☐																		5

Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO

Si ☐No ☒

TRAJO HISTORIA CLÍNICA

Si ☐No ☒

INDEMNIZACIÓN

Si ☐No ☒

Fecha	Empresa	Tipo lesión	Parte afectada	Días inc.	Secuelas	
					Si	No

Observaciones:

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Si ☐No ☐

INDEMNIZACIÓN

Si ☐No ☒

TRAJO HISTORIA CLÍNICA

Si ☐No ☒

Observaciones:

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Vacuna

Observaciones: NO CARNET DE VACUNACION

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Si	No	Parentesco	Enfermedad	Si	No	Parentesco
Hta	☒	☐	MADRE	Asma	☐	☒	
Infarto	☐	☒		Tbc	☐	☒	
Acv	☐	☒		Artritis	☐	☒	
Alergias	☐	☒		Enf. Mental	☐	☒	
Úlcera péptica	☐	☒		Cáncer	☐	☒	
Diabetes	☒	☐	MADRE	Otros	☐	☒	

Observaciones:

**PREVENIR 1-A S.A**

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Observaciones: NO REFIERE

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Diagnóstico

* - Procedimiento: NO REFIERE

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Descripción

* CAIDA DESDE PROPIA ALTURA CON FRACTURA RADIO DERECHO HACE 29 AÑOS - Complicaciones NINGUNA

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS**Menarquía: Ciclos: Fuma: Dismenorrea ☐ Planificación: Si ☐ No ☐

Método: G P A C M V FUP: FUC: Resultado:

¿Practica algún deporte? ☒ Sí ☐ No Frecuencia ☐ Diaria ☒ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Ocasional
GIMNASIO

¿Ha presentado lesiones deportivas? Examen médico:

Actividades manuales ☐ Sí ☐ No Oficios domésticos ☐ Sí ☐ No**ANTECEDENTES TÓXICOS**Fuma Si ☐ No ☒ Exfumador Si ☐ No ☐ Años de suspensión: 0 Años de fumador: 0 Cigarrillos al día: 0Licor Habitual Si ☐ No ☒ Frecuencia Diaria ☐ Ocasional ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Drogadicción Si ☐ No ☐**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No
Dolor precordial	☐	☒	Brote	☐	☒	Sangrado	☐	☒	Alteración visual	☐	☒	Deformidad articular	☐	☒
Lipotimia	☐	☒	Prurito	☐	☒	Alteración motora	☐	☒	Rinorrea	☐	☒	Limitación para movimientos	☐	☒
Palpitaciones	☐	☒	Dispepsia	☐	☒	Prurito en los ojos	☐	☒	Disnea	☐	☒	Inflamación de articulaciones	☐	☒
Síncope	☐	☒	Tenesmo rectal	☐	☒	Obstrucción nasal	☐	☒	Hiperemia ocular	☐	☒	Parestesias	☐	☒
Descamación	☐	☒	Vértigo	☐	☒	Expectoración	☐	☒	Secreción ocular	☐	☒	Disestesias	☐	☒
Cefalea	☐	☒	Sordera	☐	☒	Disuria	☐	☒	Resequedad ocular	☐	☒	Pérdida de fuerza muscular	☐	☒
Insomnio	☐	☒	Dolor torácico	☐	☒	Hematuria	☐	☒	Ardor ocular	☐	☒	Dolor con cambios de temperatura	☐	☒
Disfonía	☐	☒	Dolor abdominal	☐	☒	Nicturia	☐	☒	Otalgia	☐	☒	Presencia de masas	☐	☒
Tos	☐	☒	Epigastralgia	☐	☒	Polaquiuria	☐	☒	Otorrea	☐	☒			
Eritema	☐	☒	Estreñimiento	☐	☒	Tenesmo vesical	☐	☒	Dolor en columna	☐	☒			
Hiperhidrosis	☐	☒	Diarrea	☐	☒	Alteración sensitiva	☐	☒	Dolor en articulaciones	☐	☒			

Observaciones: NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO:Lateralidad D ☒ Z ☐ Talla: 175 cm. Peso: 103 Kg. IMC: 33.63 Interpretación: Obeso grado 1 Ta: 140/90 FC: 73 /Min. FR: 15 /Min.

Medida cintura: 90 cm. Cadera: 104 cm. Índice cintura-cadera: 0.87 Bajo peso: <19.5 Normal: 18.5-24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad: >30/0+

Interpretación índice cintura-cadera Riesgo cardiovascular muy bajo

ÓRGANO O SISTEMA

NORMAL

ANORMAL

PIEL	Cicatrices	☒	☐	
	Tatuajes	☒	☐	
	Faneras	☒	☐	
OJOS	Parpados	☒	☐	
	Conjuntivas	☒	☐	
	Pupilas	☒	☐	

**PREVENIR 1-A S.A**

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

	Escleras	☒	☐	
	Corneas	☒	☐	
	Fondo de ojo	☒	☐	
	Movilidad	☒	☐	
	Agudeza visual	☒	☐	
OIDOS	C. Auditivos	☒	☐	
	Pabellones	☒	☐	
	Tímpanos	☒	☐	
NARIZ	Cornetes	☒	☐	
	Tabique	☒	☐	
	Mucosas	☒	☐	
	S.Paranasales	☒	☐	
BOCA	Labios	☒	☐	
	Lengua	☒	☐	
	Amígdalas	☒	☐	
	Dentadura	☒	☐	
CUELLO	Tiroides	☒	☐	
	Movilidad	☒	☐	
TÓRAX	Senos	☒	☐	
	Corazón	☒	☐	
	Pulmones	☒	☐	
	Osteomuscular	☒	☐	
DORSO	Columna Vert.	☒	☐	Alineación SIMETRICA Schober: 15/10cm. Wels: 5/16cm. Clasificación III
ABDOMEN	Vísceras	☒	☐	
	Pared	☒	☐	
	Hernias	☒	☐	
GENITALES	Genitales	☒	☐	
EXTREMIDADES	Superior	☒	☐	Tinel : D Negativo I Negativo
				Phalen : D Negativo I Negativo
				Finkelstein : D I
	Inferior	☒	☐	Bostezo: D Negativo I Negativo
				Cajón: D Negativo I Negativo
				Lasegue : D I
	Vascular	☒	☐	
NEUROLÓGICOS	Fuerza	☒	☐	
	Marcha	☒	☐	
	Sensibilidad	☒	☐	
	Reflejos	☒	☐	

PREVENIR 1-A S.A.
USO CONTROLADO VERIFICAR AL 3126700249

**PREVENIR 1-A S.A**

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**EXÁMENES DE LABORATORIO**

TIPO DE EXAMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro hemático		
Parcial de orina		
Colesterol		
Triglicéridos		
Perfil lipídico		
Glicemia		
Coprológico		
Serología		
Bk		
Gravindex		
Frotis faríngeo		
Hemoclasificación		
Visiometría		Def. Refarcc Si ☐ No ☐ Corregido Si ☐ No ☐ Obs.
Espirometría		Normal ☐ P.Obstructivo ☐ P.Restrictivo ☐ P.Mixto ☐ Obs.
Audiometría		Normal H_neur Sens. Grado 1 Grado 2 Grado 3
		H. Conductiva H. Mixta Obs.
Optometría		Normal ☐ Obs. Diagnóstico

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICAVisual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☒ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐El concepto de aptitud se apoya en el profesiograma Si ☐ No ☐**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

Cod Diagnóstico

- * Z100 - EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL - IMC INADECUADO , ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR POR OBESIDAD
* E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS - GRADO 1
* R030 - LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION - LECTURA SOBRE 140/90 EN REPOSO , HTA A DESCARTAR
* Z010 - EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

OBSERVACIONES:**RECOMENDACIONES:**

AL TRABAJADOR SE LE RECOMIENDA:

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HIGIENE POSTURAL

CONTROL DE PESO CON DIETISTA DE LA EPS

EJERCICIO FUNCIONAL

*CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES POR MEDICINA GENERAL EPS.

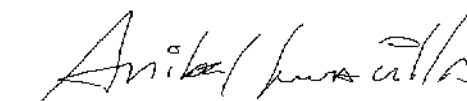
RESTRICCIONES LABORALES:

PREVENIR 1-A S.A.
USO CONTROLADO VERIFICAR AL 3126700249

Declaracion del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mi en este examen estan completas y veridicas. Autorizo a PREVENIR 1-A S.A para que se suministre a la empresa la informacion requerida por sus directivos incluyendo la presente historia clinica ocupacional, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentacion legal vigente



Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP



Trabajador: ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA
CC: 1047365291



PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO

Nit. 819.001.920-7

Carrera 20 N° 12-46 Tel. 420 0149 - 434 9531 Cel 312 670 0249
Santa Marta

Impreso	08 feb 2020 11:43:50 am		RESULTADOS				Software Baxlab v20160526	
Sede	PRINCIPAL						Página 1 de 1	
Paciente	LUNA VILLA ANIBAL		Sexo M	Edad	34A 4M 4D	Nro. De Recepción	33757	
Identif.	CC 1047365291	Teléfono			Fecha De Recepción	08 feb 2020 09:54:22 am		
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD				
Sala	CONSULTA EXTERNA		Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE			

Resultados	Unidades	Valores Referencia
------------	----------	--------------------

QUIMICA

Glicemia en Ayunas	88	mg/dl	60 a 110
Colorimetria			

Fecha Reporte 08 feb 2020 11:35 am

INMUNOLOGIA

VDRL serología	No reactivo
----------------	-------------

Fecha Reporte 08 feb 2020 11:25 am

Grase Socarrás C.
C.P. 1065582385
Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

USO CONTROLADO VERIFICAR AL 3126700249

**PREVENIR 1-A S.A**

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**Tipo certificación:**Ingreso ☒Periódico ☐Retiro ☐Caso ocupacional ☐Trabajo en alturas ☐Control ☐Reubicación ☐Ingreso al SVE ☐Post incapacidad ☐

Fecha: 07/02/2020 EPS: COOSALUD EPS

Empresa: PARTICULAR

Dirección:

Teléfono:

Sede:

Actividad: INSTRUCTOR

Fondo de pensión: PORVENIR

DI: 1047365291 Nombre: ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA

Hijos: 0

Masculino ☒Femenino ☐

Fecha de nacimiento: 04/10/1985 Edad: 34 años

Estado Civil: Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ U. Libre ☐ Escolaridad: Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☐ Univ. ☐ Post grado ☒

Dirección

Teléfono

ARL

Municipio

Departamento

RH

POSITVA COMPAÑIA

DE SEGUROS SA

A+

Antecedentes clínicos:

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo

Antigüedad del cargo

Antigüedad en la empresa

Nro. de personas a cargo

INSTRUCTOR

INGRESO

INGRESO

Sección OPERATIVA

Turno: Diurno ☒ Nocturno ☐ Rotativo ☐

Descripción funciones del cargo: INSTRUCTOR

Maquinaria, herramientas y materia prima utilizada:

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:

Gafas ☐ Casco ☐ Tapabocas ☐ Overol ☐ Botas ☐ Protector auditivo ☐ Respirador ☐ Guantes ☐Escafandra ☐ Cofia ☐ Mangas ☐ Peto ☐ Visera ☐ Otros ☐**HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO**

Empresa	Cargo	Factores de riesgo																			Tiempo años
		D	N	R	VB	RA	I	T	PR	P	H	V	ER	BI	PS	EI	M	F	EPP	MEC	
SENA	INSTRUCTOR	☒	☐																		5

Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO Si ☐ No ☒ TRAJO HISTORIA CLÍNICA Si ☐ No ☒ INDEMNIZACIÓN Si ☐ No ☒

Fecha	Empresa	Tipo lesión	Parte afectada	Días inc.	Secuelas	
					Si	No

Observaciones:

ENFERMEDAD PROFESIONAL Si ☐ No ☐ INDEMNIZACIÓN Si ☐ No ☒ TRAJO HISTORIA CLÍNICA Si ☐ No ☒

Observaciones:

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Vacuna

Observaciones: NO CARNET DE VACUNACION

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Si	No	Parentesco	Enfermedad	Si	No	Parentesco
Hta	☒	☐	MADRE	Asma	☐	☒	
Infarto	☐	☒		Tbc	☐	☒	
Acv	☐	☒		Artritis	☐	☒	
Alergias	☐	☒		Enf. Mental	☐	☒	
Úlcera péptica	☐	☒		Cáncer	☐	☒	
Diabetes	☒	☐	MADRE	Otros	☐	☒	

Observaciones:

**PREVENIR 1-A S.A**

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Observaciones: NO REFIERE

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Diagnóstico

* - Procedimiento: NO REFIERE

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Descripción

* CAIDA DESDE PROPIA ALTURA CON FRACTURA RADIO DERECHO HACE 29 AÑOS - Complicaciones NINGUNA

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS**Menarquía: Ciclos: Fuma: Dismenorrea ☐ Planificación: Si ☐ No ☐

Método: G P A C M V FUP: FUC: Resultado:

¿Practica algún deporte? ☒ Sí ☐ No Frecuencia ☐ Diaria ☒ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Ocasional
GIMNASIO

¿Ha presentado lesiones deportivas? Examen médico:

Actividades manuales ☐ Sí ☐ No Oficios domésticos ☐ Sí ☐ No**ANTECEDENTES TÓXICOS**Fuma Si ☐ No ☒ Exfumador Si ☐ No ☐ Años de suspensión: 0 Años de fumador: 0 Cigarrillos al día: 0Licor Habitual Si ☐ No ☒ Frecuencia Diaria ☐ Ocasional ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Drogadicción Si ☐ No ☐**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No
Dolor precordial	☐	☒	Brote	☐	☒	Sangrado	☐	☒	Alteración visual	☐	☒	Deformidad articular	☐	☒
Lipotimia	☐	☒	Prurito	☐	☒	Alteración motora	☐	☒	Rinorrea	☐	☒	Limitación para movimientos	☐	☒
Palpitaciones	☐	☒	Dispepsia	☐	☒	Prurito en los ojos	☐	☒	Disnea	☐	☒	Inflamación de articulaciones	☐	☒
Síncope	☐	☒	Tenesmo rectal	☐	☒	Obstrucción nasal	☐	☒	Hiperemia ocular	☐	☒	Parestesias	☐	☒
Descamación	☐	☒	Vértigo	☐	☒	Expectoración	☐	☒	Secreción ocular	☐	☒	Disestesias	☐	☒
Cefalea	☐	☒	Sordera	☐	☒	Disuria	☐	☒	Resequedad ocular	☐	☒	Pérdida de fuerza muscular	☐	☒
Insomnio	☐	☒	Dolor torácico	☐	☒	Hematuria	☐	☒	Ardor ocular	☐	☒	Dolor con cambios de temperatura	☐	☒
Disfonía	☐	☒	Dolor abdominal	☐	☒	Nicturia	☐	☒	Otalgia	☐	☒	Presencia de masas	☐	☒
Tos	☐	☒	Epigastralgia	☐	☒	Polaquiuria	☐	☒	Otorrea	☐	☒			
Eritema	☐	☒	Estreñimiento	☐	☒	Tenesmo vesical	☐	☒	Dolor en columna	☐	☒			
Hiperhidrosis	☐	☒	Diarrea	☐	☒	Alteración sensitiva	☐	☒	Dolor en articulaciones	☐	☒			

Observaciones: NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO:Lateralidad D ☒ Z ☐ Talla: 175 cm. Peso: 103 Kg. IMC: 33.63 Interpretación: Obeso grado 1 Ta: 140/90 FC: 73 /Min. FR: 15 /Min.

Medida cintura: 90 cm. Cadera: 104 cm. Índice cintura-cadera: 0.87 Bajo peso: <19.5 Normal: 18.5-24.9 Sobre peso: 25-29.9 Obesidad: >30/0+

Interpretación índice cintura-cadera Riesgo cardiovascular muy bajo

ÓRGANO O SISTEMA

NORMAL

ANORMAL

PIEL	Cicatrices	☒	☐	
	Tatuajes	☒	☐	
	Faneras	☒	☐	
OJOS	Parpados	☒	☐	
	Conjuntivas	☒	☐	
	Pupilas	☒	☐	

**PREVENIR 1-A S.A**

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

	Escleras	☒	☐	
	Corneas	☒	☐	
	Fondo de ojo	☒	☐	
	Movilidad	☒	☐	
	Agudeza visual	☒	☐	
OIDOS	C. Auditivos	☒	☐	
	Pabellones	☒	☐	
	Tímpanos	☒	☐	
NARIZ	Cornetes	☒	☐	
	Tabique	☒	☐	
	Mucosas	☒	☐	
	S.Paranasales	☒	☐	
BOCA	Labios	☒	☐	
	Lengua	☒	☐	
	Amígdalas	☒	☐	
	Dentadura	☒	☐	
CUELLO	Tiroides	☒	☐	
	Movilidad	☒	☐	
TÓRAX	Senos	☒	☐	
	Corazón	☒	☐	
	Pulmones	☒	☐	
	Osteomuscular	☒	☐	
DORSO	Columna Vert.	☒	☐	Alineación SIMETRICA Schober: 15/10cm. Wels: 5/16cm. Clasificación III
ABDOMEN	Vísceras	☒	☐	
	Pared	☒	☐	
	Hernias	☒	☐	
GENITALES	Genitales	☒	☐	
EXTREMIDADES	Superior	☒	☐	Tinel : D Negativo I Negativo
				Phalen : D Negativo I Negativo
				Finkelstein : D I
	Inferior	☒	☐	Bostezo: D Negativo I Negativo
				Cajón: D Negativo I Negativo
				Lasegue : D I
Vascular	☒	☐		
NEUROLÓGICOS	Fuerza	☒	☐	
	Marcha	☒	☐	
	Sensibilidad	☒	☐	
	Reflejos	☒	☐	

PREVENIR 1-A S.A.
USO CONTROLADO VERIFICAR AL 3126700249

**PREVENIR 1-A S.A**

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**EXÁMENES DE LABORATORIO**

TIPO DE EXAMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro hemático		
Parcial de orina		
Colesterol		
Triglicéridos		
Perfil lipídico		
Glicemia		
Coprológico		
Serología		
Bk		
Gravindex		
Frotis faríngeo		
Hemoclasificación		
Visiometría		Def. Refarcc Si ☐ No ☐ Corregido Si ☐ No ☐ Obs.
Espirometría		Normal ☐ P.Obstructivo ☐ P.Restrictivo ☐ P.Mixto ☐ Obs.
Audiometría		Normal H_neur Sens. Grado 1 Grado 2 Grado 3
		H. Conductiva H. Mixta Obs.
Optometría		Normal ☐ Obs. Diagnóstico

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICAVisual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☒ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐El concepto de aptitud se apoya en el profesiograma Si ☐ No ☐**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

Cod Diagnóstico

- * Z100 - EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL - IMC INADECUADO , ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR POR OBESIDAD
* E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS - GRADO 1
* R030 - LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION - LECTURA SOBRE 140/90 EN REPOSO , HTA A DESCARTAR
* Z010 - EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

OBSERVACIONES:**RECOMENDACIONES:**

AL TRABAJADOR SE LE RECOMIENDA:

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HIGIENE POSTURAL

CONTROL DE PESO CON DIETISTA DE LA EPS

EJERCICIO FUNCIONAL

*CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES POR MEDICINA GENERAL EPS.

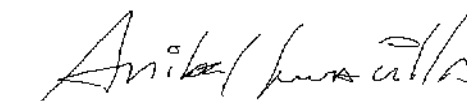
RESTRICCIONES LABORALES:

PREVENIR 1-A S.A.
USO CONTROLADO VERIFICAR AL 3126700249

Declaracion del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mi en este examen estan completas y veridicas. Autorizo a PREVENIR 1-A S.A para que se suministre a la empresa la informacion requerida por sus directivos incluyendo la presente historia clinica ocupacional, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentacion legal vigente



Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP



Trabajador: ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA
CC: 1047365291

INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA PSICOLOGICA GHQ-28

Sujeto: ANIBAL ENRIQUE LUNA VILLA

Fecha de interpretación de prueba: 07/02/2020

Edad: 34

fecha de nacimiento:
04/10/1985

Sexo: M

Nivel académico: PROFESIONAL

Evaluador

Romario Yesid Quintero Olmos, psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ-28, el paciente obtuvo una puntuación directa de 0 puntos en síntomas somáticos, 0 puntos en ansiedad-insomnio, 0 puntos en disfunción social y 0 puntos en depresión.

paciente refiere niveles adecuados de bienestar psicologico general.

Sugerencias

Ninguna

Romario Yesid Quintero Olmos
**PSICOLOGÍA**
Universidad del Magdalena
C.C. 1082986171 - T.P. 184627
Romario
FIRMA EVALUADOR
T.P 184627

PREVENIR LA SALUD
USO CONTROLADO VERIFICAR AL 3126700249

