



CONSTANCIA

Como supervisor delegado, por el Ordenador del Gasto del Centro de Comercio y Servicios SENA Regional Cauca, para los contratos de prestación de servicios correspondientes al área de Coordinación Académica de Programas Especiales, mediante el presente de CONSTANCIA de:

Que el día 24 de marzo de 2020, por medio de la Circular SENA No.01-3-2020-000054, la Dirección General del SENA divulga los lineamientos para el trámite de pagos honorarios contratistas y que por consiguiente la misma se aplicara para el pago correspondiente al mes de abril de 2020.

Que si bien para el primer pago, no se solicitó el lleno de los documentos relacionados en la circular, los mismos se encuentran en los documentos aportados por el contratista previo a la suscripción del contrato, a saber:

- Certificado bancario no superior a 30 días.
- Certificado de afiliación a la ARL.
- Póliza completa con el clausulado.

Documentos que podrán ser consultados en cualquier momento.

Que se adjuntan a este certificado los siguientes documentos a fin de subsanar su falta en el primer pago:

- RUT con fecha de generación o impresión no mayor a 180 días
- Certificado vigente de exámenes pre ocupacionales, no mayor a 3 años.

Para constancia se firma en la ciudad de Popayán a los 13 del mes de abril de 2020.

Cordialmente;

MARIA EUGENIA SOLARTE

Coordinadora Académica de Programas especiales
Supervisora de Contrato
Centro de Comercio y Servicios
SENA Regional Cauca

Ministerio de Trabajo
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Regional Cauca / Centro de Comercio y Servicios

Calle 4 No.2-80, Popayan. – PBX (57 8) 8220122 - 8205903

www.sena.edu.co - Línea gratuita nacional: 01 8000 9 10 270 GD-F-011 V04 Pag 1



Certificado No.
SC-CF-R339881



Certificado No.
CO-SC-CER339881

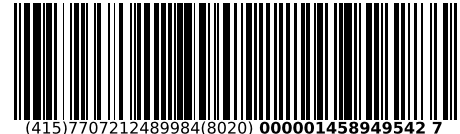
2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14589495427



(415)7707212489984(8020) 000001458949542 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 8 6 3 5 8 8 3 0

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

1 7

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 8 6 3 5 8 8 3 0

27. Fecha expedición:

2 0 0 5 0 4 0 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Nariño

5 2

30. Ciudad/Municipio:

El Tambo

2 6 0

31. Primer apellido

CABRERA

32. Segundo apellido

ROJAS

33. Primer nombre

ALEX

34. Otros nombres

STEVEN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Cauca

1 9

40. Ciudad/Municipio:

Popayán

0 0 1

41. Dirección principal

CL 4 15 04 BRR CADILLAL

42. Correo electrónico:

alex Cabrera20@yahoo.com

43. Código postal

3 2 1 7 0 8 9 1 3 8

44. Teléfono 1:

3 2 1 7 0 8 9 1 3 8

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 5 6 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 2 1 6

Actividad secundaria

48. Código:

6 9 2 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 4 1 3

Otras actividades

50. Código:

1 2

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:	2	2	4	9																						

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 0

61. Fecha:

2 0 1 9 0 6 0 5

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 HURTADO BENAVIDES JUAN FERNANDO

985. Cargo: Analista V

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO**

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **30/04/2020 11:00:00** Empresa **SENA**

Temporal

Nombre **ALEX STEVEN CABRERA ROJAS**

Edad **33 Años**

Cargo **DOCENTE**

Doc. Identidad **CC 1086358830**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA, TAMIZAJE DE VOZ

CONCEPTO

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO EVALUADO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☒

Auditivo ☐

Respiratorio ☐

Cardiovascular ☐

Psicosocial ☒

Ergonómico ☒

Otros ☐

REMISIÓN

SI ☐

NO ☒

ARL

SI ☐

NO ☐

EPS

SI ☐

NO ☐

CONDUCTA Y/O SUGERENCIAS

Manejo por ARL/EPS		Ocupacionales		Hábitos y estilo de vida	
Control PYP EPS	☒	Control periódico ocupacional	☒	Dieta	☐
Remisión EPS	☐	Higiene postural	☒	Ejercicio regular	☒
Continuar manejo médico	☐	Uso de elementos protecc. personal	☒	Dejar hábito fumador	☐
Remisión ARL	☐	Uso de ayudas ergonómico	☐	Reducir consumo alcohol	☐
Optometría anual	☐	Capacitación trabajo en alturas	☐	Recreación	☒
Valoración en EPS	☐	Pausas activas	☒	Medidas antiestasis venosos	☒
Proceso de calificación de origen en EPS	☐	Otro:		Otro:	
Odontología	☐				
Titulación hepatitis	☐				
Otro:					

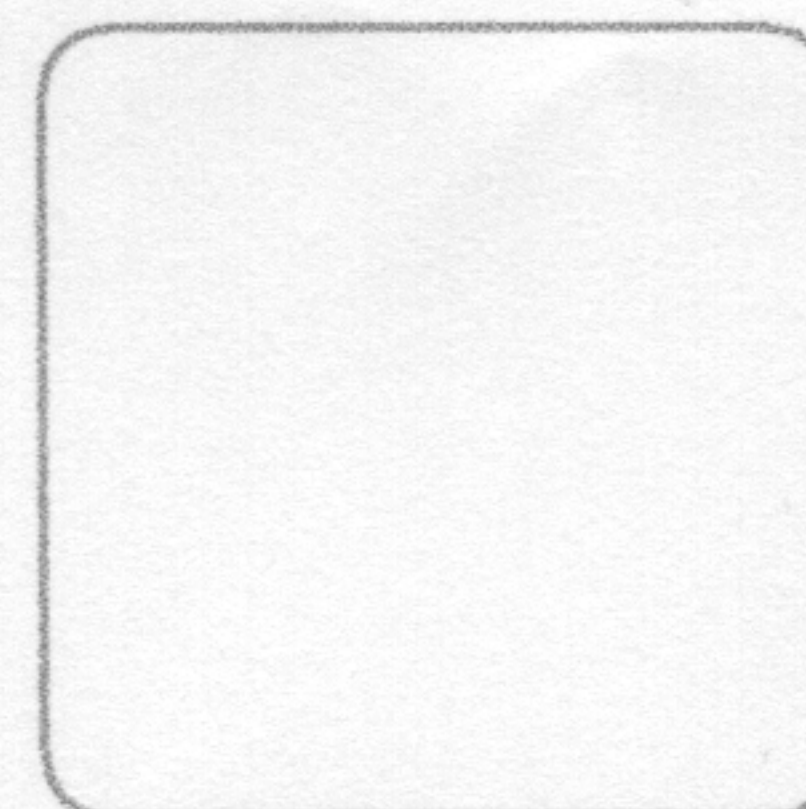
ONSENTIMIENTO INFORMADO: Yo Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SONAR SAS realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los paraclínicos correspondientes para dicha valoración ocupacional. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. LEY DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES conforme a las disposiciones establecidas en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales en cualquier momento podrá enviar una comunicación a prqs@sonarsas.com cancelando la autorizacion de uso de datos personales, de lo contrario se asumirá que estan autorizados.



Dr Hugo Efraín Lasso Medina
Esp. Salud Ocupacional
Lic SO: 1889/2010
Rm: 686

Trabajador: **ALEX STEVEN CABRERA ROJAS**
CC: 1086358830

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nit. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro
Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

VISIONOMETRÍA

Fecha examen: 30/04/2020

Doc. Identidad CC 1086358830

Nombre ALEX STEVEN CABRERA ROJAS

Fecha Nacimiento: 20/02/1987

Entidad PARTICULAR 2

Edad 33 años

Ocupación DOCENTE

H.C No 1086358830

Ingreso

☒

Periódico

☐

Retiro

☐

Caso Ocupacional

☐

Reubicación

☐

Post incapacidad

☐

Trabajo en alturas

☐

Control

☐

Ingreso al SVE

☐

Empresa PARTICULAR 2

Cargo DOCENTE

Antigüedad del cargo

Fondo de Pensión COLPENSIONES

EPS COOMEVA EPS

ARL POSITIVA ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual ENER

Usa anteojos: SI ☐ NO ☒ VL ☐ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☐ Ocasional ☐Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☐ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual?Accidentes oculares SI ☐ NO ☒ Cual?Signos y síntomas: Asintomático ☒ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐

Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/20	20/20
OI				20/20	20/20
AO				20/20	20/20

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			•	
OI			•	

EXAMEN EXTERNO

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ☐ Pterigio N ☐
 Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Blefaritis ☐
 Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma Corneal ☐
 Ptosis palpebral ☐ Otros:

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ☐ Pterigio N ☐
 Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Blefaritis ☐
 Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma Corneal ☐
 Ptosis palpebral ☐ Otros:

MOTILIDAD OCULAR

VL: NORMAL VP: NORMAL HISHBERG: CENTRAL
 Ducciones: NORMAL Versiones: NORMAL PPC:

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	☒	☒
Defecto refractivo adecuadamente corregido	☐	☐
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	☐	☐
Defecto refractivo no corregido	☐	☐
Gafas no formuladas	☐	☐

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal ☒ Discromatopsia ☐ Ceguera al color ☐	NORMAL	NORMAL
OI	Normal ☒ Discromatopsia ☐ Ceguera al color ☐	NORMAL	NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	☒	☒
Ametropía	☐	☐
Disminución visual	☐	☐
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ☐ Valoración por oftalmología ☐
 Control Visiometría ☒

RETINOSCOPIA

Refracción:				Subjetivo:				DP:	
	Esfera	Cilindro	Eje		Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD				OD					
OI				OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

2010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

CONCEPTO

☐ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

RECOMENDACIONES

ANUAL

OBSERVACIONES

Univ. Nacional de Colombia
 Universidad Nacional de Colombia
 Salud Ocupacional
 LIC. 1488/2016
 RM 686

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA:

Marca y referencia audiómetro utilizado: FONIX FA 10 ☒ OTRO: ☐

OTOLÓGICOS

TRAUMÁTICOS

QUIRÚGICOS

EXTRALABORALES

HEREDITARIOS

TÓXICOS DEL NERVIO ACÚSTICO

OBSERVACIONES: _____

(Según información suministrada por el aspirante / trabajador y conocimiento que pueda tener el examinador)

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RUIDO (No aplica para cargos y empresas sin exposición a ruido)

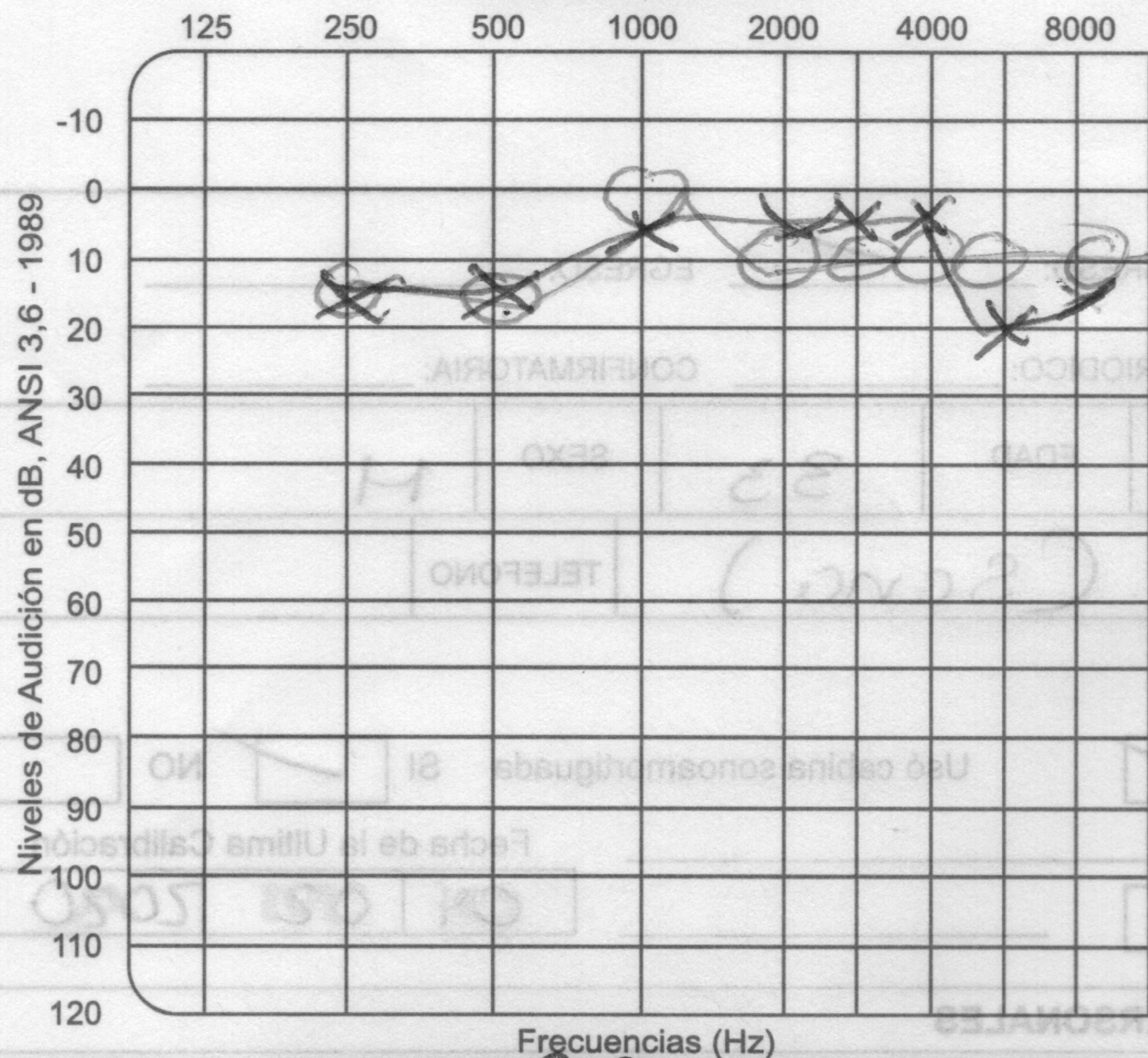
EN LA EMPRESA ACTUAL

E.P.A. : Elemento de Protección Auditiva. **Tipo de Elemento de Protección Auditiva:** **I:** Inserción, **C:** Copa, **S:** Silicona, **N:** Ninguno, **Tolerancia del Elemento de Protección Auditiva:** **B:** Buena, **R:** Regular, **M:** Mala.

EVALUACION

PRACTICAR VIA OSEA SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE ALTERADA VIA AEREA

AUDIOMETRIA



AUDIOGRAMA

CONVENCIONES	OD	OI
VÍA AEREA	○	×
VÍA AEREA MASK	△	□
VÍA OSEA	<	>
VÍA OSEA MASK	[	]
SIN RESPUESTA	↓	↓

GRADO DE SEVERIDAD DE LAS HIPOACUSIAS PARA FRECUENCIAS AGUDAS

NORMAL	-10 A 25 dB
LEVE	26 A 40 dB
MODERADA	41 A 55 dB
MODERADA - SEVERA	56 A 70 dB
SEVERA	71 A 90 dB
PROFUNDA	+ 90 dB

ANALISIS COMPARATIVO

(Escriba el valor en decibelios del cambio del umbral en casa una de las frecuencias y para cada oído)

Frecuencias	Oído Derecho	Oído Izquierdo	Cambio Umbral Auditivo	
	Decibelios		(Marque con una (x) la casilla correspondiente según se presente o no Cambio de Umbral)	
500 Hz			SI	NO
1000 Hz				
2000 Hz				
3000 Hz				
4000 Hz				
6000 Hz				

CAMBIO UMBRAL AUDITIVO (NIOSH): Cuando se presenta un aumento del umbral auditivo de 15 ó más decibelios respecto a la audiometría basal en cualquiera de las frecuencias.

PTA: (PROMEDIO TONAL) OD: 8,3 dBHL OI: 8,3 dBHL

OTOSCOPIA PABELLON AURICULAR

NORMAL
ATRESIA
AGENESIA
CICATRIZ
OTROS

OD	OI
☒	☒
☐	☐
☐	☐
☐	☐

MEMBRANA TIMPÁNICA

NORMAL
PERFORADA
HIPERÉMICA
PLACA CALCÁREA
OPACA
ABULTADA
RETRAÍDA Y CON BURBUJAS
NO SE VISUALIZA
OTROS

OD	OI
☒	☒
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

NORMAL
TAPON PARCIAL DE CERUMEN
TAPON TOTAL DE CERUMEN
OTROS

OD	OI
☒	☒
☐	☐
☐	☐

OBSERVACIONES:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

BILATERAL:

Audición funcional normal

O.D.

O.I.

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES (Marcar con una x la (s) recomendaciones dadas al trabajador)

CONTROL AUDITIVO EN 1 AÑO

☒

CONTROL AUDITIVO EN 6 MESES

☐

LIMPIEZA AUDITIVA

☐

USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA

☒

CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGÍA

☐

CONducir con VENTANILLA DE CARRO CERRADA

☐

ROTAR DIADEMA TELEFONICA

☐

EXÁMENES AUDITIVOS COMPLEMENTARIOS CUALES:

EVALUADO POR

Dra. Claudia P. Burgos B.

REG. FONOAUDIOLOGA REG. 65144
ESP. AUDIOPROTESIS
U. CATOLICA DE MANIZALES

PACIENTE

FONOAUDIOLOGA - ESP. AUDIOPROTESIS
Universidad Católica de Manizales

C.C. No. 1086358830

	CLAUDIA PATRICIA BURGOS	
	FONOAUDIOLOGA	
	EVALUACION DE VOZ	
	ESP. AUDIOPROTESIS	

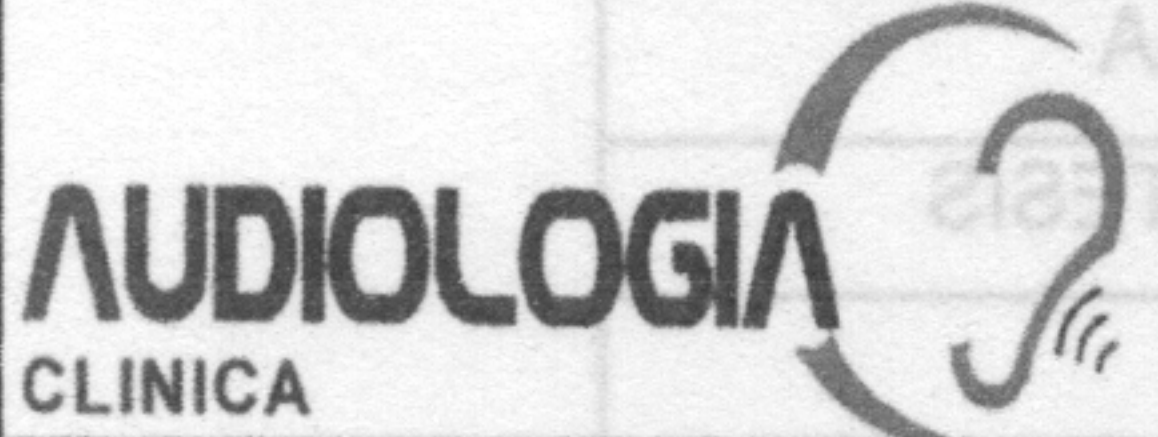
30	04	2020	Pasto	Ingreso: ☒	Egreso: ☐	Periódico: ☐
Día	Mes	Año	Ciudad	Empresa: Sana Particular	Edad: 33	Documento: C 1086358880
NOMBRE: Alex Cabrera Rojas				TEL: 3217089138		
Ocupación: Docente				fecha de ingreso a la empresa:		

ANTECEDENTES

1.EVOLUCION DEL PROBLEMA	si	no	ALERGIAS	si	no
Ha presentado disfonía			Según las circunstancias climáticas		
Ha tenido otras veces trastornos de este tipo			Al ingerir bebidas frías		
Desde cuando tiene la afección			Obstrucción nasal brusca		
A qué atribuye esta afección?			Secreciones nasales acuosas		
			Tolerancia alimentos		
			Pruritos y erupciones		
2.INFORMACIÓN PERSONAL	si	no	TRASTORNOS CIRCULATORIOS:		
Hay niños pequeños o personas sordas en su hogar?			VOZ CANTADA		
Al levantarse ¿está mejor o peor de su afección?			Canta? <u>NO</u> Puede Cantar? <u>NO</u>		
Y luego de hablar?			Desafina? <u>NO</u>		
Tiene trastornos para masticar o para tragar?			FARINGE Y NARIZ		
Las emociones le dañan la voz?			Dolores de garganta <u>NO</u> Angina <u>SI</u>		
Es nervioso(a)?			Faringitis <u>SI</u>		
Ronquera			Resfriados <u>SI</u> Frecuencia anual <u>2</u>		
Pérdida de voz			Sinusitis <u>SI</u>		
Dolor al hablar			Tiene el habito de hablar durante los resfriados <u>SI</u>		
Sensación de constricción en el cuello			OIDOS		
Sensación de cuerpo extraño en la garganta			Otitis <u>NO</u>		
secreciones en el fondo de la garganta			Ha notado disminución de agudeza auditiva <u>SI</u>		
Carraspera			Cefaleas <u>NO</u>		
OBSERVACIONES: Asma.			Nauseas por la mañana en ayunas <u>NO</u>		
			APARATO DIGESTIVO		
			Estreñimiento <u>NO</u> Afecciones Hepatobiliares <u>NO</u>		
			APARATO RESPIRATORIO		
			Fuma <u>NO</u> Cuántos cigarrillos <u>NO</u>		
			Afecciones Bronco pulmonares <u>NO</u>		

FICHA RESPIRATORIA

MODO NASAL ☐ BUCAL ☐ MIXTO ☒ TIPO COSTAL SUPERIOR ☐ DIAFRAGMATICO ☐ ABDOMINAL ☐ COMBINADO ☐	PERIMETROS BIAxIAL <u>3cm</u> MAMEOLAR <u>2cm</u> XIFOIDEO <u>2cm</u> ABDOMINAL <u>0</u> DESPLAZAMIENTO CUELLO <u>0</u> CINTURA <u>0</u>
RENDIMIENTO VOCAL CONTEO VOCALIZACIONES: A) <u>22</u> E) <u>22</u> O) <u>20</u> U) <u>19</u>	COORDINACION NEUMOFOBICA: BUENA ☒ MALA ☐
RITMO: LENTO ☐ RAPIDO ☐ CONSTANTE ☒	PRUEBA GLAZER A/ <u>NO</u> E/ <u>NO</u> I/ <u>NO</u> O/ <u>NO</u> U/ <u>NO</u>
TIEMPO DE RESPIRACION: TIEMPO DE RETENCION: <u>1' 20"</u> SOPLO ABIERTO: <u>6"</u> SOPLO CERRADO: <u>8"</u> FRECUENCIA RESPIRATORIA: <u>20</u> REPIRACIONES/MINUTO	PRUEBA ROSENTHAL: TIEMPO <u>1</u> 20 RESPIRACIONES AMBAS NARINAS TIEMPO <u>1</u> 20 RESPIRACIONES NARINA DERECHA TIEMPO <u>1</u> 20 RESPIRACIONES NARINA IZQUIERDA FATIGA <u>NO</u> ESFUERZO <u>NO</u> RUIDO <u>NO</u> LO REALIZO <u>SI</u>

		CLAUDIA PATRICIA BURGOS
		FONOAUDIOLOGA
	EVALUACION DE VOZ	ESP. AUDIOPROTESIS

PERMEABILIDAD NASAL: SIMETRICA ☒ ASIMETRICA ☐ NARINA DERECHA __ NARINA IZQUIERDA __	OBSERVACIONES: Mala mecanica respiratoria
---	--

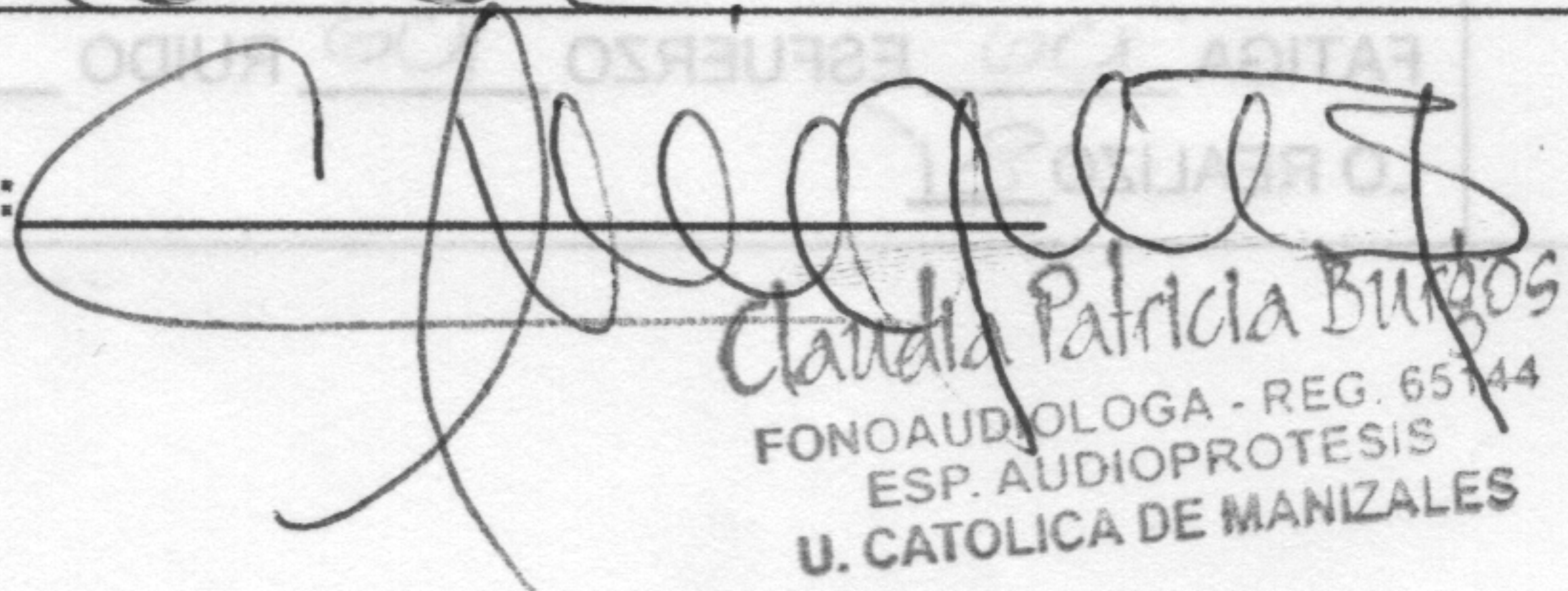
PERFIL DE WILSON

SEVERIDAD	1 2 3 4 5
CAVIDAD LARÍNGEA	CAVIDAD DE RESONANCIA
TONO ALTO +3 +2 ABIERTO -4 -3 -2 <u>1</u> +2 +3 CERRADO -2 -3 BAJO	HIPERNASAL +4 +3 +2 POST. -2 <u>1</u> +2 FRONTAL -2 -3 HIPONASAL
INTENSIDAD	RANGO VOCAL
SUAVE -2 <u>1</u> +2 FUERTE	MONÓTONO -2 <u>1</u> 2 VARIABLE

CARACTERÍSTICAS AUDIBLES	DIPLOFONIA	CALIFICACIÓN	CARACTERÍSTICA PRIMARIA : X
	QUIEBRES DE TONO		CARACTERÍSTICA SECUNDARIA: /
	RESONANCIA INMADURA		RESONANCIA PERCEPTIBLE: ()
	INSPIRACIONES AUDIBLES		INTERMITENTE: (INT)

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:	Voz Normal
RECOMENDACIONES:	Asesoría en cuidados y manejo de la voz

EVALUADOR:


 Claudia Patricia Burgos
 FONOAUDIOLOGA - REG. 65144
 ESP. AUDIOPROTESIS
 U. CATOLICA DE MANIZALES