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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	920910
Fecha Elaboración	Junio de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	35366-418540

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	12.128.140	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	lamolano@sena.edu.co	Número de Cuenta:	11930009160
IP/Nº de contacto:	15046	Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2023	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6456022/2024	Nº Compromiso SIIF	213224	Número de pagos durante la vigencia del contrato	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS, CLAVES Y TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	24/06/2024 Al 30/06/2024	Saldo Anterior del Contrato:	$ 14.333.333
Número de pago	1	Valor Total del Contrato:	$ 14.333.333
Valor Bruto Pago:	$ 1.433.333,00	Nuevo Saldo del Contrato:	$ 12.900.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.433.333	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	$ 1.433.333	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 796.833	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	7926663709
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 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		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 266.000	
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	796.833,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.062.833,00	
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	10.267,00	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	$1.423.066,00	

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TÉCNICO INSTALACIONES ELÉCTRICAS Seguimiento etapa productiva Ficha 2704946 Lunes junio 24 18:00 a 22:00

ELECTROGASODOMÉSTICOS Proyectos productivos etapa práctica Ficha 2429824 Martes junio 25 8:00 a 12:00

TÉCNICO INSTALACIONES ELÉCTRICAS Proyectos productivos etapa práctica Ficha 2614410 Martes junio 25 13:00 a 17:00

TÉCNICO INSTALACIONES PARA GAS Proyectos productivos etapa práctica Ficha 2775416 Miércoles junio 26 13:00 a 17:00

TÉCNICO GAS COMBUSTIBLE Ficha 2672367 Martes junio 25 Apoyo Producción de nnetro - etapa Productiva 18:00 a 20:00

ELECTROGASODOMESTICOS Ficha 2774911 Jueves junio 27 Proyectos productivos etapa práctica 18:00 a 20:00

TÉCNICO REDES CONTRA INCENDIOS Proyectos productivos etapa práctica Ficha 2763519 Miércoles junio 26 18:00 a 22:00

TECNÓLOGO EN GESTIÓN PARA GAS Ética y Cultura de paz Ficha 2774999 Viernes JUNIO 28 18:00 a 22:00

TECNÓLOGO EN GESTIÓN PARA GAS Ética y Cultura de paz Ficha 3001600 Sábado JUNIO 29 13:00 a 17:00

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

LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA
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,

MARTHA LUCIA CARDOZO PAVAS
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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

25/06/24 13:50:26 USUARIO: SIC - C.C. 12128140

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	12128140
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS ALEJANDRO MOLANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV CALLE 28 #19B-87 AP 702	TELÉFONO:	7362818
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación tecnológica.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7926663709**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		698349080

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 275.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 275.200	$ 0	$ 275.200
SUBTOTALES:										**$ 275.200**	**$ 0**	**$ 275.200**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 215.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 215.000	$ 0	$ 0	$ 215.000
SUBTOTALES:													**$ 215.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 215.000**

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	$ 9.000	$ 9.000	$ 0	$ 0	$ 9.000
SUBTOTALES:									**$ 9.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES									
																													PENSIÓN								SALUD						ARP															
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 12128140	MOLANO MONCADA LUIS ALEJANDRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.720.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.720.000	$ 275.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 275.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.720.000	$ 215.000	$ 0	$ 215.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.720.000	12128140	$ 9.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 499.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	12128140
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS ALEJANDRO MOLANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV CALLE 28 #19B-87 AP 702	TELÉFONO:	7362818
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación tecnológica.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7926663709**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		698349080

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 275.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 275.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 215.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 215.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 499.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 499.200**

Planilla Pagada

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12128140 el día 25/06/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12128140 realizó el día 25/06/2024 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 LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12128140 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.



Firma

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14976024818

(415)7707212489984(8020) 000001497602481 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 1 2 8 1 4 0	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 2 1 2 8 1 4 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOLANO	MONCADA	LUIS	ALEJANDRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 103 B 49 B 42 AP 401

42. Correo electrónico: alejandro.molano82@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 7 3 6 2 8 1 8	3 1 5 2 6 6 9 9 3 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 1 1 1	1 9 9 0 1 0 0 1	7 1 1 1	1 9 9 0 1 0 0 1		8 5 4 2	8 5 5 1	2 1 4 1	

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

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 2024 - 01 - 28 / 19 : 03: 23

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 MOLANO MONCADA LUIS ALEJANDRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:20/06/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 12128140	LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 103 B 49 B 42 AP 401 Teléfonos: 3152669935

Dirección electrónica: alejandro.molano82@gmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/01/2005 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 71102 - Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 8542 - Educación tecnológica

Actividad 3: 8560 - Actividades de apoyo a la educación

Actividad 4: 4111 - Construcción de edificios residenciales

Actividad 5: 8551 - Formación para el trabajo

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-16	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA	Identificación CC	Nro 12128140		
Fecha de Nacimiento	1965-05-12	**Edad**	57	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-16 07:44:23	**Fecha Salida**	2023-01-16 10:22:04		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
PSICOMETRICO	VISIOMETRIA
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

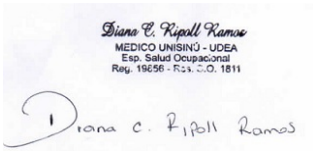
CONCEPTO_DE_APTITUD

APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS — APTO Y SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS
TIPO DE RESTRICCIONES O LIMITACIONES — NO PRESENTA
RECOMENDACION . USO ESTRICTO DE PROTECCION AUDITIVA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



DIANA CAROLINA RIPOLL RAMOS
RM: 1128050540
Firma y sello del médico

LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA
CC 12128140
Firma del trabajador

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-16	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA			Identificación CC	Nro 12128140
Fecha de Nacimiento	1965-05-12	**Edad**	57	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-16 07:34:40	**Fecha Salida**	2023-01-16 10:21:48		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
PSICOMETRICO	VISIOMETRIA
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:	SI Observaciones: CONTINUAR SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGIA
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI
OTRAS:	SI Observaciones: CONTROL MEDICO PERIODICO

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION AUDITIVA	SI
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Diana C. Ripoll Ramos
MEDICO UNISINÚ - UDEA
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 19656 - Res. C.O. 1811

Diana C. Ripoll Ramos

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

DIANA CAROLINA RIPOLL RAMOS
RM: 1128050540
Firma y sello del médico

LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA
CC 12128140
Firma del trabajador

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/17
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-16	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA	Identificación CC	Nro 12128140		
Fecha de Nacimiento	1965-05-12	**Edad**	57	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-16 07:24:31	**Fecha Salida**	2023-01-16 07:29:49		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO	REEMPLAZO DE HUECESILLOS OD.
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO	
ALTERACION DE LA AUDICION	SI	OD
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO	
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

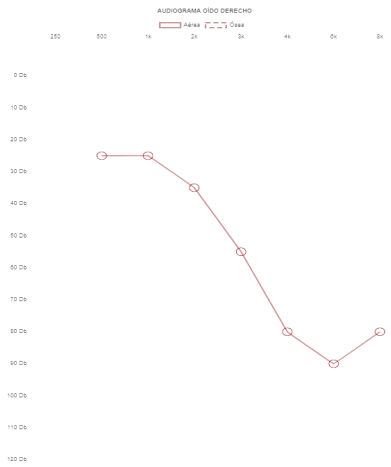
HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB	O.I
HIPOACUSIA MODERADO 41-55 DB	O.D

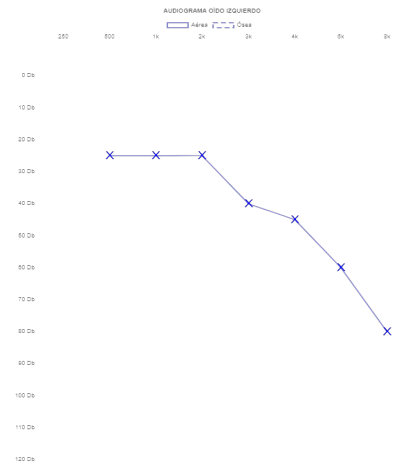
CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	SI	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	6 MESES
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				25			25			35			55			80			90			80		
OI				25			25			25			40			45			60			80		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO	REEMPLAZO DE HUECESILLOS OD.
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO	
ALTERACION DE LA AUDICION	SI	OD
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO	
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	48.75
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	33.75

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB	O.I	
HIPOACUSIA MODERADO 41-55 DB	O.D	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H919: Hipoacusia, no especificada	

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

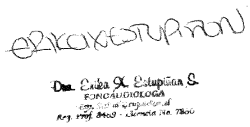
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	SI	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	6 MESES
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

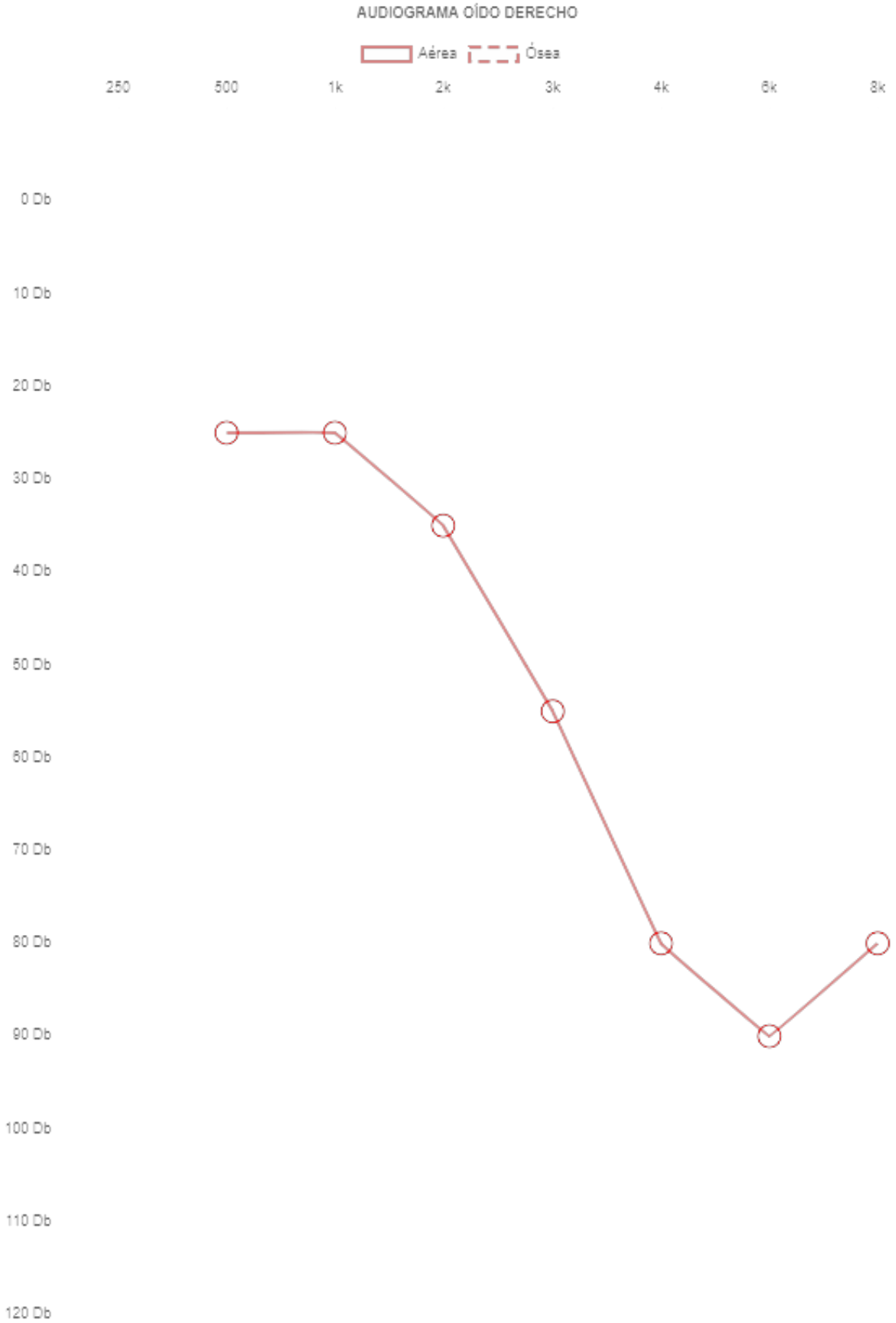
Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

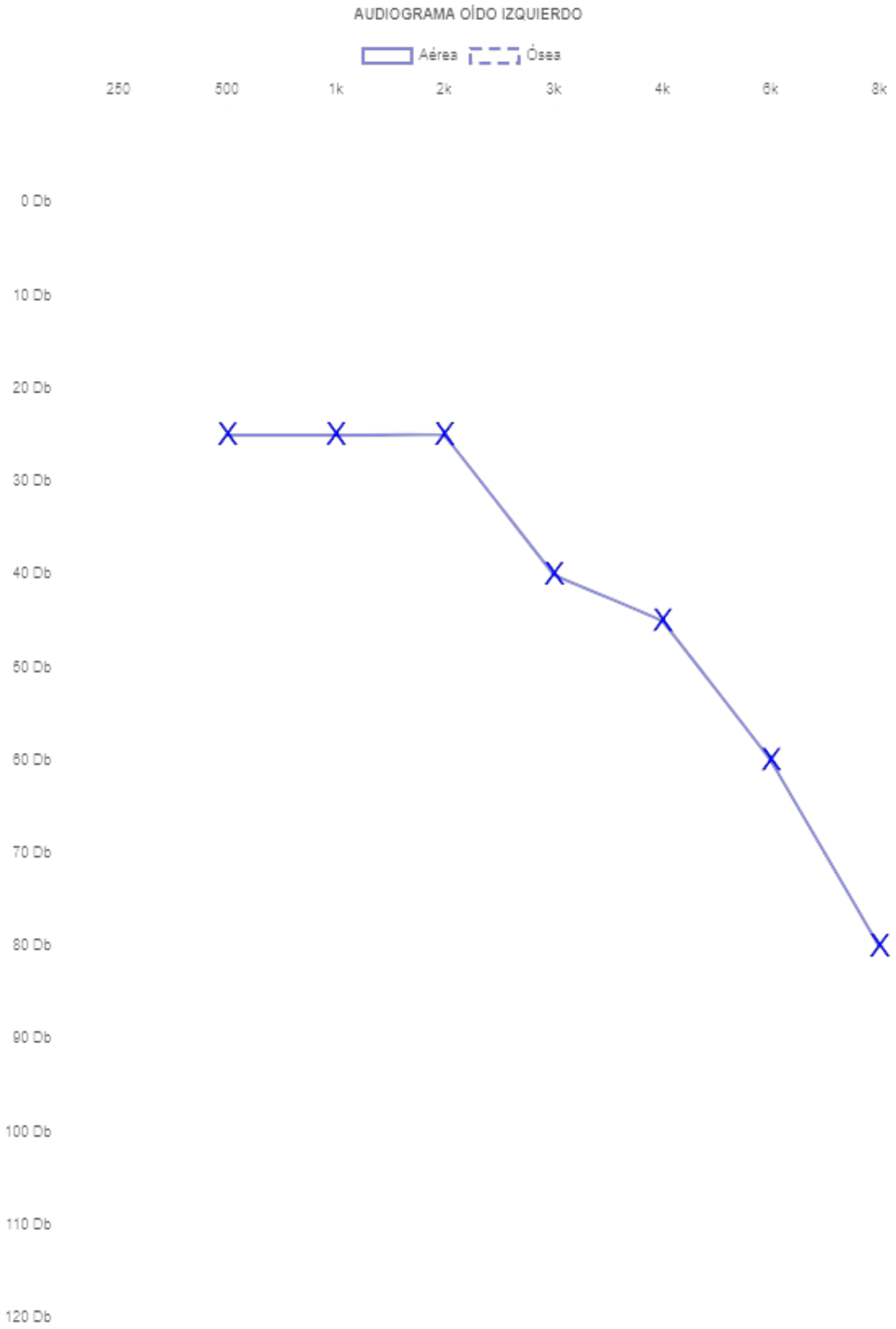


ERIKA XIOMARA ESTUPINAN SANJUAN
RM: 52974388
Firma y sello del médico evaluador



LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA
CC 12128140
Firma del trabajador evaluado


AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db


AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 16/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR/NORTE
NOMBRE: LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA
CÉDULA: 12128140
EDAD: 57 CARGO: INSTRUCTOR

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

OBSERVACIONES

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

Carolina Martínez Pastrana
Psicólogo Esp. SST.
Res. 524/2014
C.C. 52.818.335

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

prefixc3SlLs

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-17

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA		
Identificación	CC	**No. Documento**	12128140
Fecha de Nacimiento	1965-05-12	**Edad**	57 años 8 meses 5 dias
Sexo	M	**Empresa**	PACIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-16 07:15:00	**Sede**	CENDIATRA NORTE

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	103.0	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ANEXO	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	.	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	.	%	36.0-52.0%
VCM	.	fl	76-96fl
HCM	.	pg	27.0-32.0pg
CHCM	.	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	.	%	<15.0%
LEUCOCITOS	.	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	%	50-70%
LINFOCITOS	.	%	25-40%
MIXTAS	.	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	.	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	.	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	..	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	266.0	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	119.0	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	49.0	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

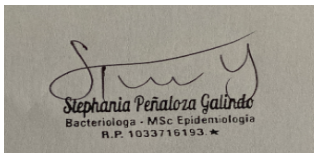
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	193.2	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-17



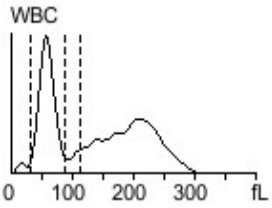
STEPHANIA PEÑALOZA GALINDO
1033716193
Firma y sello del médico evaluador

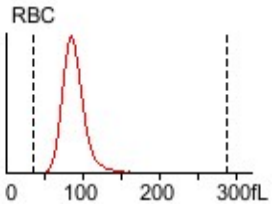
INFORME DE ANÁLISIS DE HEMATOLOGÍA

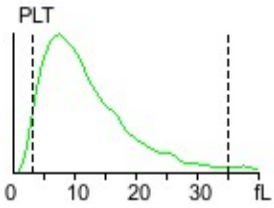
Cendiatra

Nombre de pila:	LUIS ALEJANDRO	Tipo de muestra:	
Apellido(s):	MOLANO MONCADA	ID de muestra:	12128140
Género:		Edad:	
Fecha:	16-01-2023 08:32		

Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1 WBC	**6,17**		**3,50-9,50**	**10^9/L**
2 Lym%	37,6		20,0-50,0	%
3 Gran%	58,7		50,0-70,0	%
4 Mid%	3,7		3,0-9,0	%
5 Lym#	2,32		1,10-3,20	10^9/L
6 Gran#	3,62		2,00-7,00	10^9/L
7 Mid#	0,23		0,10-0,90	10^9/L
8 RBC	**5,82**	↑	**3,80-5,80**	**10^12/L**
9 HGB	16,6		11,5-17,5	g/dL
10 HCT	50,7	↑	35,0-50,0	%
11 MCV	87,1		82,0-100,0	fL
12 MCH	28,5		27,0-34,0	pg
13 MCHC	32,8		31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	14,6	↑	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	43,2		35,0-56,0	fL
16 PLT	**328**		**125-350**	**10^9/L**
17 MPV	8,9		7,0-11,0	fL
18 PDW	11,3		9,0-17,0	fL
19 PCT	0,293	↑	0,108-0,282	%
20 P-LCR	21,3		11,0-45,0	%
21 P-LCC	70		30-90	10^9/L







Luis Carlos Solera G.
Bacteriólogo
Reg 1065002660
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Dr Luis Carlos Solera García
Bacteriólogo Universidad de Córdoba
T.P: 1065002660

Autopista Norte # 106 - 93
Tel: 7442103 - 7464727 - 7562592 - 7443001 Ext 1528
Correo electronico: laboratorionorte@cendiatra.com

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/17
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-16	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA	Identificación CC	Nro 12128140		
Fecha de Nacimiento	1965-05-12	**Edad**	57	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-16 07:19:54	**Fecha Salida**	2023-01-16 07:26:35		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO	
CIRUGIA OCULAR	SI	-REFIERE CX BLEFAROPLASTIA AO
GLAUCOMA	NO	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
ALERGIAS	NO	
OTROS	NO REFIERE	
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO	

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO
OTROS	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	2 Mts.
SIN CORRECCION OI	4 Mts.
SIN CORRECCION AO	2 Mts.
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	-
SIN CORRECCION OI	-
SIN CORRECCION AO	-

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	HIPEREMIA CONJUNTIVAL
OI	HIPEREMIA CONJUNTIVAL

COVER TEST

LEJOS	O
CERCA	X
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	5 CM
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NSE
OI	NSE

OFTALMOSCOPIA

OD	NSE
OI	NSE

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	N
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	N
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	-
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	-
OI	-

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H524: Presbicia

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI	USO VISION PROXIMA
CONTROL ANUAL	SI	
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO	
VALORACION OPTOMETRICA	NO	

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	SI

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/17
www.cendiatra.com

FORMULA OPTOMETRIA

OD	
ESFERA	N
CILINDRO	-
EJE	-
AGUDEZA VISUAL	20/20
OI	
ESFERA	N
CILINDRO	-
EJE	-
AGUDEZA VISUAL	20/20
ADICION	
ADD	+2.25
AGUDEZA VISUAL	0.50M
OBSERVACIONES	USO VISION PROXIMA

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Estefanya Gonzalez Antivar
Optómetra
C.C. 101.844.69.48

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948

LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA
CC 12128140

Cendiatra

FORMULA OPTOMETRIA

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN EXAMEN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-16		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA	**Identificación**	CC	**Nro**	12128140
Fecha de Nacimiento	1965-05-12	**Edad**	57	**Sexo**	M
Tel/Cel	3152669235/0				
Fecha Ingreso	2023-01-16 07:19:54				

OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	AV
OD	N	-	-	20/20
OI	N	-	-	20/20
ADD	+2.25			0.50M

OBSERVACIONES:

USO VISION PROXIMA

Estefanya González Antivar
Optómetra
C.C. 101.844.69.48

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948
Firma y sello del Médico

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2023/01/17
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-16	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA	Identificación CC	Nro 12128140		
Fecha de Nacimiento	1965-05-12	**Edad**	57	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-16 07:19:56	**Fecha Salida**	2023-01-16 07:27:53		

DATOS EMPRESA

EVOLUCION

EVOLUCION	NA

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	-REFIERE CX BLEFAROPLASTIA AO -PACIENTE NO PRESENTA CORRECION OPTICA EN EL EXAMEN
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NO REFIERE
ANTENCEDENTES FAMILIARES	NO REFIERE

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS	20/20
OJO DERECHO	20/20
OJO IZQUIERDO	20/20
VISION CROMATICA	NORMAL
FORIA VERTICAL	NORMAL
FORIA LATERAL	NORMAL

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS	2 Mts.
OJO DERECHO	2 Mts.
OJO IZQUIERDO	4 Mts.
FORIA LATERAL	NORMAL

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H524: Presbicia

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTROL VISUAL ANUAL USO CORRECCION OPTICA VP

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2023/01/17
www.cendiatra.com

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948

LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA
CC 12128140

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12128140,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de junio de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 12128140
NOMBRES Y APELLIDOS	Molano Moncada,Luis Alejandro
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Molano Moncada,Luis Alejandro, a los 18 días del mes de junio del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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, **LUIS ALEJANDRO MOLANO MONCADA** identificado con **CC** No. **12128140**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 12/11/2009 **Fecha de inicio de cobertura:** 04/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401012460449.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07