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	**19053-812147**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	11.255.297	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jraraque@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24443910553
IP/Nº de contacto:	14757	**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:	6454875/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**212724**	**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 PROGRAM

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		----------	**1064493439**
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

Impartir formación titulada y/o complementario
Ficha 2980337: Montar componentes eléctricos
Ficha 2774971: Proyecto Sena proveedor
Ficha 2861026: Montar instalaciones eléctricas
3004454: Complementaria sistemas de puesta tierra

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

JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY
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 15:37:50 USUARIO: SIC - C.C. 11255297

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-06-20, 06:18:15 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1064493439

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024

PAGADO 17/06/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY		
Documento	CC11255297	**Dirección**	CL 6C #82 A - 78 TORRE 5 APARTAMQNTO 102
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5512190
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 11255297	JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.800.000	$ 225.000	0,522	$ 1.800.000	$ 9.400	(CCF21) CAFAM	$ 1.800.000	$ 10.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 533.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 225.000	$ 9.400	$ 10.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 533.200	$ 0	$ 533.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.255.297**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Junio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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.

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY identificado(a) con Cedula Ciudadania 11255297, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Junio de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
25207025

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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, **JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY** identificado con **CC** No. **11255297**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 04/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 20/09/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

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): 202401016334716.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14896739211

(415)7707212489984(8020) 000001489673921 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 5 5 2 9 7	5	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 1 2 5 5 2 9 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARAQUE	ECHEVERRY	JAVIER	RAMIRO

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 6 C 82 A 78 IN 5 AP 102

42. Correo electrónico: araquejavier81@gmail.com

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

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
8 5 4 1	2 0 1 3 0 1 0 2	8 5 4 2	2 0 1 3 0 1 0 2	8 5 2 3	4 3 2 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 2023 - 02 - 16 / 13 : 24: 40

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 ARAQUE ECHEVERRY JAVIER RAMIRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11255297 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:

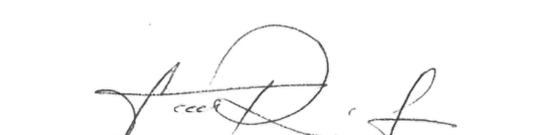
Yo JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11255297 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Hace constar:

Que el Sr(a) JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11255297 el día 25/06/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

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

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ

DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra

CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA

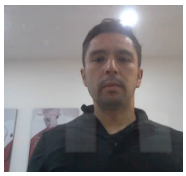
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664

EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-25

Nombres y apellidos: JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY
Fecha de nacimiento: 02/01/1981
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR

CC: 11255297
Edad: 43 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-25 / 09:49:04
Fecha salida: 2024-01-25 / 09:51:57



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO INGLES
- EVALUACION DE VOZ
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN OPTOMETRICO
- PSICOMETRICO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- ENFASIS CARDIOVASCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: DERMATOLOGIA
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. 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 del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JORGE ENRIQUE ESTUPIÑAN SALEME

JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY

RM: 7036
Firma y sello del médico

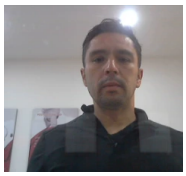
CC: 11255297
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-01-25

Nombres y apellidos: JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY
Fecha de nacimiento: 02/01/1981
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR

CC: 11255297
Edad: 43 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-25 / 09:49:04
Fecha salida: 2024-01-25 / 09:51:57



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: DERMATOLOGIA
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

JORGE ENRIQUE ESTUPIÑAN SALEME
RM: 7036
Firma y sello del médico

JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY
CC: 11255297
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ

DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra

CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA

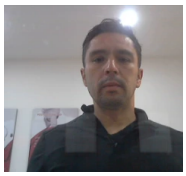
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664

EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-25

Nombres y apellidos: JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY
Fecha de nacimiento: 02/01/1981
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR

CC: 11255297
Edad: 43 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-25 / 09:53:49
Fecha salida: 2024-01-25 / 11:20:07



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO INGLES
- EVALUACION DE VOZ
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN OPTOMETRICO
- PSICOMETRICO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- ENFASIS CARDIOVASCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

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 constatar quien presento la valoración.

JORGE ENRIQUE ESTUPIÑAN SALEME
RM: 7036
Firma y sello del médico

JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY
CC: 11255297
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

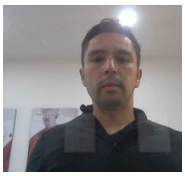
Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-01-25

CC: 11255297
Nombres y apellidos: JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY
Fecha de nacimiento: 02/01/1981
Edad: 43 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 25/01/2024
Fecha salida: 25/01/2024



PERFIL LIPIDICO

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL			
RESULTADO.CT	282	MG/DL	DESEABLE: < 200 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 200-239 MG/DL, ALTO: IGUAL O > 240 MG/DL
TRIGLICERIDOS			
RESULTADO.TG	134	MG/DL	NORMAL:<150MG/, INTERMEDIO:150 - 199MG/DL, ALTO:200 - 499MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >500MG/DL
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL			
RESULTADO.HDL	43	MG/DL	NORMAL:>40 MG/DL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO			
RESULTADO.LDL	212.20	MG/DL	OPTIMO:<100 MG/DL, CERCANO AL OPTIMO: 100 -129 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 130 -159 MG/DL, ALTO: 160 -189 MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >190 MG/DL
ADJUNTAR RESULTADO			
ADJUNTA FORMATO			

Tatiana Paola Molina O.
CC. 1013586268
Bacterióloga - UCMC

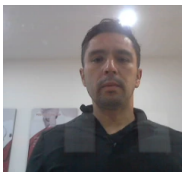
TATIANA PAOLA MOLINA
RM: 1013586268
Firma y sello del médico

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-01-25

CC: 11255297
Nombres y apellidos: JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY
Fecha de nacimiento: 02/01/1981
Edad: 43 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 25/01/2024
Fecha salida: 25/01/2024



HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO INGLES

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	5.89	MILLONES/MM3	4.0-5.5MILLONES/MM3
HEMOGLOBINA	16.2	G/DL	12.0-17.4G/DL
HEMATOCRITO	52.1	%	36.0-52.0%
VCM	88.5	FL	76-96FL
HCM	27.5	PG	27.0-32.0PG
CHCM	31.1	G/DL	30.0-35.0G/DL
RDW	12.7	%	<15.0%
LEUCOCITOS	6.3	MM3	5.000-10.000MM3
RECUENTO DIFERENCIAL			
GRANULOCITOS	45.9	%	50-70%
LINFOCITOS	41.9	%	25-40%
MIXTAS	12.2	%	3-7%
RECUENTO DIFERENCIAL MM3			
GRANULOCITOS	2.9	MM3	2.500-7.500MM3
LINFOCITOS	2.6	MM3	1.300-4.000MM3
MIXTAS	0.8	MM3	150-750MM3
RECUENTO PLAQUETARIO			
PLAQUETAS	274.000	MM3	150.000-400.000MM3
ADJUNTO RESULTADO			
CARGAR ARCHIVO			

Tatiana Paola Molina O.
CC. 1013586268
Bacterióloga - UCMC

TATIANA PAOLA MOLINA
RM: 1013586268
Firma y sello del médico

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ

DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra

CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA

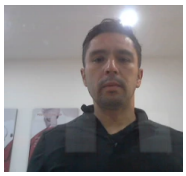
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664

EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-25

CC: 11255297
Nombres y apellidos: JAVIER RAMIRO ARAQUE ECHEVERRY
Fecha de nacimiento: 02/01/1981
Edad: 43 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 25/01/2024
Fecha salida: 25/01/2024



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	90.3	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Tatiana Paola Molina O.
CC. 1013586268
Bacterióloga - UCMC

TATIANA PAOLA MOLINA
RM: 1013586268
Firma y sello del médico