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 GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**37212-024302**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.538.965	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rudabom@gmail.com	**Número de Cuenta:**	20505888233
IP/Nº de contacto:	3005053914	**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**	NO

¿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	NO
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:	6636372/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**51724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico pedagógicos

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**13/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 18.011.031
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 18.011.031
Valor Bruto Pago:			**$ 2.679.327,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.331.704

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.679.327	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	**$ 2.679.327**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.708.127**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
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	III	$ 31.700	$ 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%	$ 15.492.229	$ 569.000	
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	1.708.127,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.308.827,00	
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	22.303,00	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	**$2.657.024,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Competencia :OBTENER MUESTRAS REPRESENTATIVA SEGÚN PROTOCOLOS Y TECNICAS DE ANALISIS FISIOQUIMICO

Competencia :APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS CIENCIAS NATURALES DE ACUERDO CON SITUACIONES DEL CONTEXTO PRODUCTIVO

Competencia :Controlar la calidad de los procesos de acuerdo con requerimientos tecnicos y normativa

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

RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO
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,

DIANA NEXI SAMACA PRIETO
INSTRUCTOR G17

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
MONICA ANDRADE RIOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

21/08/24 18:16:49 USUARIO: SIC - C.C. 79538965

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79538965 realizó el día 21/08/2024 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 RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79538965 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 -

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO identificado con CC 79538965 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 23/01/2024

IPS Cotizante: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GIRARDOT

Categoría: A

Estado: ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
MARIA SOFIA BOCANEGRA GUTIERREZ	TI 1070599274	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GIRARDOT	BENEFICIARIO	01/03/2023	ACTIVO
ALIPIO BOCANEGRA SANCHEZ	CC 40574		BENEFICIARIO	18/04/2003	CANCELADO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 21 días del mes agosto del 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141099104075

(415)7707212489984(8020) 000014109910407 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 5 3 8 9 6 5	1	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

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	79538965	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BOCANEGRA	MORENO	RUBEN	DARIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
AREPAS Y JUGOS LOS PANCHES	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

41. Dirección principal: CL 18 16 66 BRR LA ESTACION

42. Correo electrónico: rudabom@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 5 0 5 3 9 1 4	3 0 0 6 1 7 9 7 4 1

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 3	2 0 0 8 0 8 0 1	5 6 1 1	2 0 1 8 0 1 1 6	7 4 9 0	7 0 1 0		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 4 9	5 0																								

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

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 - 08 - 06 / 13 : 08: 25

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: BOCANEGRA MORENO RUBEN DARIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 06-08-2024 01:09:34PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141099104075

(415)7707212489984(8020) 000014109910407 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 5 3 8 9 6 5	1	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 8 0 1 1 6	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 8 0 1 1 6	
77. No. Matrícula mercantil	8 7 4 2 4	
78. Departamento	2 5	
79. Ciudad/Municipio	1 4	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141099104075

(415)7707212489984(8020) 000014109910407 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos y Aduanas de Girardot	8

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otros tipos de expendio de comidas preparadas n.c.p. 5 6 1 9	
162. Nombre del establecimiento: AREPAS Y JUGOS LOS PANCHES		
163. Departamento: Cundinamarca 2 5	164. Ciudad/Municipio: Girardot 3 0 7	
165. Dirección: CL 18 16 66 BRR LA ESTACION		
166. Número de matrícula mercantil: 8 7 4 2 5	167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 1 8 0 1 1 6	
168. Teléfono: 3 0 0 5 0 5 3 9 1 4	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha del Examen: 2024-08-22 06:41:28 **Tipo del Examen:** INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	**Nit**	NIT 900.938.062-8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	**Teléfonos**	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO						
Identificación	CC	79538965	**Edad**	54 Años	**Sexo**	M	
Estado Civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Postgrado		**Fecha de Nacimiento**	13/08/1970	
Lugar de Nacimiento	GIRARDOT	**Dirección**	BARRIO COFRADIA		**Estrato**	4	
Procedencia	**Departamento**	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**Teléfonos**	3005053914	
Grupo Sanguineo	A +						
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS						
EPS	FAMISANAR LTDA. E.P.S.						

DATOS EMPRESA

Razón social	PARTICULAR	**Cargo**	CONTRATISTA
Sede		**Area**	
Jornada de trabajo	0	**Antiguedad**	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES (TRABAJO INMEDIATAMENTE ANTERIOR)

EMPRESA		**CARGO**	
ANTIGUEDAD		**EXPOSICION A RUIDO**	
TIEMPO DE EXPOSICION		**USO E.P.A**	
TIPO		**EXPOSICION A SOLVENTES**	
TIEMPO DE EXPOSICION		**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES NOSOACUSTICOS

PARENTESCO		
PATOLOGIA		
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS		

PRESENTA USTED ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS?

Nombre	No Refiere	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
OTITIS	X				
OTALGIA	X				
OTORREA	X				
PRURITO	X				
TRAUMA	X				
OTOTOXICOS	X				
CIRUGIA DE OIDO	X				
ACUFENO	X				
OTORRAGIA	X				
SENSACION DE OIDO TAPADO	X				
VERTIGO	X				
HIPOACUSIA SUBJETIVA	X				
OTROS	X				
OBSERVACIONES					

Nombres y Apellidos RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO **Identificación** CC 79538965

ANTECEDENTES SOCIOACUSTICOS

AURICULARES	NO	
TEJO O MINITEJO	NO	
MOTOCICLISMO MANEJA MOTO	NO	
DISCOTECA-CONCIERTOS	NO	
PRESTO SERVICIO MILITAR PRACTICA POLIGONO	NO	
BUCEO NATACION	NO	
OBSERVACIONES		

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

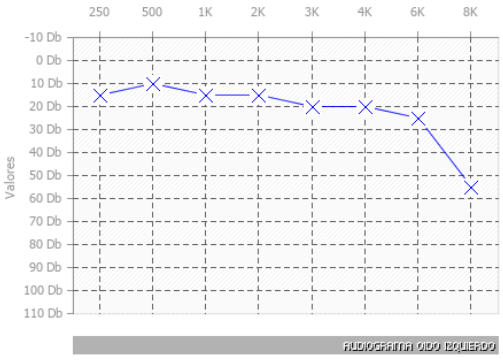
MENINGITIS	NO	
REUMATISMO	NO	
ALERGIAS	NO	
HTA	NO	
DIABETES	NO	
RUBEOLA	NO	
OTROS	NO	
OBSERVACIONES		
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI	
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	3 AÑOS	
MOTIVO	EXAMEN EGRESO	
RESULTADO	NO SABE	
TIEMPO REPOSO AUDITIVO (HORAS)		

OTOSCOPIA

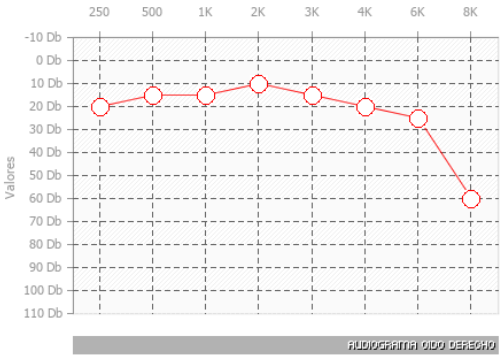
Nombre	**Concepto**
C.A.E DERECHO	NORMAL
C.A.E IZQUIERDO	NORMAL
M.T IZQUIERDO	
M.T DERECHO	

AUDIOGRAMA

Oido Izquierdo



Oido Derecho



DIAGNOSTICO

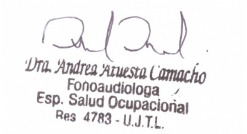
DIAGNOSTICO 1	Hipoacusia, no especificada
Resultado para certificado	ALTERADO

Nombres y Apellidos RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO **Identificación** CC 79538965

RECOMENDACIONES	CUIDADOS AUDITIVOS, AUDIOMETRÍA CLÍNICA EPS, AUDIOMETRÍA SEMESTRAL OCUPACIONAL.
IMPRESION DIAGNOSTICA	DESCENSO AUDITIVO MODERADO BILATERAL EN FRECUENCIA AGUDA DE 8000HZ.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



ANDREA ATUESTA CAMACHO
C.C 52797940 RM: Res 4783 - U.
Firma y sello del Médico Evaluador

RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO
C.C 79538965
Firma del trabajador Evaluado

OMAR RIVERA MENJURA
MEDICINA ALTERNATIVA / LABORAL

INFORME DE LABORATORIO

Fecha de impresión 22/08/2024 11.08 AM

FECHA DEL EXAMEN 2024-08-22 07:55:00



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	**Nit**	NIT 900.938.062-8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	**Teléfonos**	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO						
IDENTIFICACION	CC	79538965	**EDAD**	54 Años	**SEXO**	M	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	**ESCOLARIDAD**	POSTGRADO	**FECHA DE NACIMIENTO**	13/08/1970		
LUGAR DE NACIMIENTO	GIRARDOT	**DIRECCION**	BARRIO COFRADIA	**Estrato**	4		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	Bogotá, D.C.	**MUNICIPIO**	Bogotá, D.C.	**TELEFONOS**	3005053914	
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS				**GRUPO SANGUINEO**	A +	
EPS	FAMISANAR LTDA. E.P.S.						

LABORATORIO CLíNICO

GLICEMIA PRE

RESULTADO	75	70-105
ADJUNTO		

Marta Lucia Cubides H.
BACTERIÓLOGA • C.M.C
C.C 51.675.309

MARTA LUCIA CUBIDES HOLGUIN
C.C 51675309 R:M 51675309
Firma y sello del Médico Evaluador

FECHA DEL EXAMEN 8/22/24 12:00 AM



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	**Nit**	NIT 900.938.062-8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	**Teléfonos**	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO						
IDENTIFICACION	CC	79538965	**EDAD**	54 Años	**SEXO**	M	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	**ESCOLARIDAD**	POSTGRADO	**FECHA DE NACIMIENTO**	13/08/1970		
LUGAR DE NACIMIENTO	GIRARDOT	**DIRECCION**	BARRIO COFRADIA	**Estrato**	4		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	BOGOTá, D.C.	**MUNICIPIO**	BOGOTá, D.C.	**TELEFONOS**	3005053914	
GRUPO SANGUINEO	A +						
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS						
EPS	FAMISANAR LTDA. E.P.S.						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR		
CARGO	CONTRATISTA	**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

ANTECEDENTES VISUALES

GAFAS PERMANENTES, CX DE CATARATA EN AMBOS OJOS HACE 4 Y 3 AÑOS, CX ESTRABISMO EN EL OJO IZQUIERDO HACE 2 AÑOS, CX PTERIGIO EN AMBOS OJOS HACE 5 AÑOS

MOTIVO CONSULTA

EXAMEN DE INGRESO
PREVIA LIMPIEZA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS RESPECTIVOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DEL ESPECIALISTA EVALUADOR. EL CONSENTIMIENTO ACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA LO EXPLICADO RELACIONADO CON EL EXÁMEN A REALIZARSE. PREVIO INFORMADO Y FIRMADO EN EL REGISTRO EN LA RECEPCIÓN E IGUALMENTE ENTIENDE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DEBE SER

SINTOMAS

VE CLARO CON LAS GAFAS

ULTIMO CONTROL VISUAL

Ultimo Examen	Usa RX	Interpretación
Mayor a 2 años	SI	GAFAS HACE 2 AÑOS

AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECION			CON CORRECION		
OJO	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**
LEJANA				20/20	20/25	20/20
PROXIMA				0.50M	0.50M	0.50M

SEGMENTO ANTERIOR

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
ESTRUCTURAS COMPLETAS, LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL.	ESTRUCTURAS COMPLETAS, LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL.

PERCEPCION

PROFUNDIDAD	60"
COLOR	16/17 NORMAL
CAMPO VISUAL	

MOVIMIENTO

PUNTO MAXIMO DE CONVERGENCIA	LUZ		OR	
COVER TEST	VL	ORTHO	VP	ENDOFORIA

Nombres y Apellidos RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO **Identificación** CC 79538965

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
ESTRUCTURAS TRANSPARENTES Y APARENTEMENTE SANAS.	ESTRUCTURAS TRANSPARENTES Y APARENTEMENTE SANAS.

REFRACCION

OJO IZQUIERDO	-
OJO DERECHO	-

RX FINAL

OJO DERECHO	-	**AV**	-				
ADD							
COLOR		**USO**		**FILTRO**		**CONTROL**	
OJO IZQUIERDO	-	**AV**	-				

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Hipermetropía
DIAGNOSTICO 2	H524: Presbicia
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
IMPRESION DIAGNOSTICA	AMETROPÍA CORREGIDA HIPERMETROPIA, PRESBICIA

OBSERVACIONES
AMETROPÍA CORREGIDA, ESTEREOPSIS, PERCEPCIÓN CROMÁTICA Y ESTADO MOTOR NORMAL.

RECOMENDACIONES
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE (LEJOS Y CERCA), REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VISUAL.

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y se anexará a la historia clínica ocupacional, que toda la información que se ha suministrado es verdadera y no he omitido ninguna que pueda ser causante de dificultades laborales en el futuro y se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales,extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia de lo anterior firmo.



MAYRA FERNANDA SERRANO C.
RM: LSO 15602/18
Firma y sello del Médico Evaluador

RUBEN DARIO BOCANEGRA MORENO
C.C 79538965
Firma del trabajador Evaluado

CERTIFICADO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 2024/08/22 11:08:07 am REVISION: 1-2015 CODIGO: FO-GER-OCPTSA

FECHA DE EXAMEN 2024-08-22 06:47:08
TIPO DE EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCIÔN

Nombre:	OMAR RIVERA MENJURA MEDICINA ALTERNATIVA MEDICINA LABORAL S A S	**Nit:**	900938062 - 8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	**e-mail:**	info@ipsomarrivera.com
Teléfonos:	749 8166 - 316 423 1347	**Sede:**	SEDE PRINCIPAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	RUBEN DARIO			**Apellidos**	BOCANEGRA MORENO			
Identificación	CC	79538965	**Edad**	54	**Genero**	M	**Grupo Sanguineo**	A +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	GIRARDOT			**Fecha de nacimiento**	1970-08-13	**Estrato**	4
Estado civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Postgrado		**Telefonos**	3005053914		
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.		**Dirección**	BARRIO COFRADIA		
EPS	FAMISANAR LTDA. E.P.S.							
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS			**Fondo de Pensiones**	COLPENSIONES			

DATOS EMPRESA

Razón social	PARTICULAR	**Fecha de ingreso**	NO APLICA
Cargo	CONTRATISTA	**Sede**	
Area		**Jornada de trabajo**	
Acciones que realiza durante el trabajo	NO REFIERE		
Postura habitual durante el trabajo	NO REFIERE		

EXAMENES REALIZADOS

Examen Audiometria: ALTERADO	Examen Optometria: NORMAL	Examen Medico Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular: ALTERADO
GLICEMIA PRE		

CONCEPTO

CONCEPTO DE APTITUD	Apto sin restricciones	APTO
RECOMENDACIONES	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)
INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

SALUD VISUAL
HIGIENE POSTURAL
SALUD AUDITIVA

""El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta" Igualmente, el paciente de manera libre y autónoma, consciente y autoriza a OMAR RIVERA MENJURA MEDICINA ALTERNATIVA MEDICINA LABORAL S.A.S, para que realice los procedimientos pertinentes"

Dr. Omar Rivera Menjura
Esp. Salud Ocupacional
RM. 3206 L.S.O. 4059 S.D.S.

OMAR AUDREY RIVERA MENJURA
RM: 3206 L.S.O 4059 04/19
Firma y sello del médico evaluador

RUBEN DARIOBOCANEGRA MORENO
CC 79538965
Firma del trabajador evaluado