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 BOYACÁ

CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -ACCIONES REGULARES

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**955110**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**09850-450399**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	75.088.912	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	aforozco@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	51429572120
IP/Nº de contacto:	3223445172	**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:	75088912/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**11524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales de carácter temporal, para apoyar la formación profesional integral, según programación establecida en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas técnicos, tecnológicos y/o complementarios, según las actividades derivadas de la formación que se le asignen, aplicando las metodologías y

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/09/2024**	**Al**	**30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.331.704
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 15.331.704
Valor Bruto Pago:			**$ 3.274.733,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 12.056.971

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.274.733	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	**$ 3.274.733**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.791.760**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**DECRETO 1273/**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.309.893	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 163.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 209.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 13.700	$ 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		$ 327.473	
Salud hasta	$ 753.040	$ 171.400	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 597.000	
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	1.791.760,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.274.733,00	
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 - 308 - PUERTO BOYACA	32.747,00	1,000%
-	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	**$3.241.986,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Planeé formación del Programa Sistemas Agropecuarios Ecológicos, código 733193 V1.
2. Estructuré proyecto de Formación con base en el proyecto código 2996884.
3. Focalicé aspirantes de acuerdo a la solicitud de la Asociación ASODESDIPPAR Vereda Patio Bonito Municipio Puerto Parra
4. Elaboré Fichas Técnicas de Materiales de Formación.
5. Participé en Jornada de Amor por el SENA
6. Participe en la socialización en el lineamiento de entrega de informes y otros.

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

ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA
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,

KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ
INSTRUCTOR G16

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
KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

23/09/24 10:41:52 USUARIO: SIC - C.C. 75088912

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **75088912** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 75088912
NOMBRES Y APELLIDOS	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	03/02/2011
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	658
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	43
EMPLEADOR(ES)	CC 75088912 ANDRES OROZCO DESDE 02/09/2024

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **02/09/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

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:

ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **75.088.912**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Septiembre 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.

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, **ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA** identificado con **CC** No. **75088912**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 11/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 21/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

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): 202401019304794.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de septiembre 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141051593089

(415)7707212489984(8020) 000014105159308 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 5 0 8 8 9 1 2	3	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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	7 5 0 8 8 9 1 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OROZCO	VALENCIA	ANDRES	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Puerto Boyacá 5 7 2

41. Dirección principal
CR 11 24 58 BRR POBLADO

42. Correo electrónico aforozco21@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 0 6 0 6 1 4	8 5 5 1	2 0 1 1 0 2 0 1	7 0 2 0				

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 - 06 - 25 / 14 : 26: 48

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 OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado Bancario

Lunes, 23 de septiembre de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA identificado(a) con CC 75088912, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	51429572120	2006/11/27	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 75088912 realizó el día 12/09/2024 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 ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 75088912 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 75088912 el día 12/09/2024 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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 10 de Setiembre del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	1096647455	NAHYARA OROZCO CARVAJAL	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA
C.C. 75088912

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.096.647.455

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54743804

54743804

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 4 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE FILANDIA - COLOMBIA - QUINDIO - FILANDIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OROZCO	CARVAJAL

Nombre(s)

NAHYARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUN Día 10	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CARVAJAL LOPEZ DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.646.002	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 75.088.912	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 75.088.912	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2019 Mes ABR Día 15	CARLOS BAUTISTA OSORIO G. - REGIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

15.ABR.2019 - SERIAL REEMPLAZA A - 00547435-42 - 29.JUN.2017.
RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - TOMO 08 FOLIO 0101.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ORIXPRES S.A.S. NIT. 900.100.826-1 100238573

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 75088912 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 23/09/2024 10:29 AM

Código Verificación: **3QBSFDKXT9**

Válida hasta: **22/12/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com

SOMEDIN IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral

Código:	SS-F-05
Versión:	01
Fecha:	JULIO-13-2015



N° 63.432

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	08 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE	MASCULINO	44 AÑOS 8 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	75088912 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PRUEBA DESARROLLO PSICOSOCIAL	✓
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE GAFAS OCASIONAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES
AUDIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE AUDITIVO DE LA EMPRESA	INCLUIR EN LOS PVE DE LA EMPRESA SEGÚN LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN	HÁBITOS SALUDABLES
VISIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE VISUAL DE LA EMPRESA		CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO
ESPIROMETRÍA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS DEL PVE RESPIRATORIO DE LA EMPRESA		HACER DEPORTE
		ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES
		DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASAS

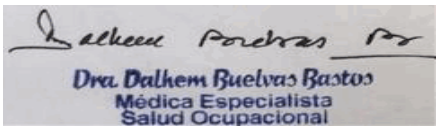
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRUEBA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL NORMAL - APTO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:



Nombre: BUELVAS BASTOS DALHEM DEL SOCORRO

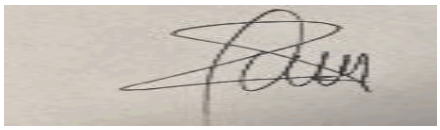
R. M.: 6002/91 **L.S.O.:** 11273/2021

Código de Seguridad

U128A1G63432

Aspirante o Trabajador

Firma:





Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

CC: 75088912

NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 10,789

Ciudad: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) 10/08/2023 - 08:28 A. M. **Fecha Atención:** 10/08/2023 08:28:56a. m.

CC: 75088912 **Nombres y Apellidos:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Fecha de Nacimiento:** 19/11/1978 **Edad:** 44 AÑOS 8 MESES 20 DÍA

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** CRA 11 24-58 **Teléfono:** **Celular:** 3175229957

Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: INSTRUCTOR **Nivel Académico:** TECNÓLOGO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

PRUEBA APLICADA: TEST MINI MENTAL STATUS EXAMINATION MMSE DE FOLSTEIN

OBJETIVO:
Evaluar estado mental y cognitivo

AREAS EVALUADAS:

I. ORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO: 10 PUNTOS
II. REPETICION INMEDIATA: 3 PUNTOS
III. ATENCION Y CÁLCULO: 5 PUNTOS
IV. MEMORIA: 3 PUNTOS
V. LENGUAJE: 9 PUNTOS

PUNTUACION OBTENIDA: 30

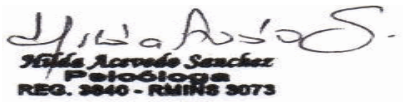
DESCRIPCION CUALITATIVA

Corresponde a un desarrollo mental y cognitivo normal. Se encuentra orientado en tiempo y espacio, con buenos niveles de memoria, atención y concentración. No se evidencia alteraciones de conciencia ni del lenguaje verbal o escrito a nivel expresivo y comprensivo. En cuanto a pensamiento, comprende instrucciones impartidas, respondiendo con prontitud y agilidad en su ejecución, presenta adecuada capacidad de análisis, así como adaptabilidad a las exigencias del medio, evidencia capacidad para resolver problemas . Es productivo y puede asumir proyectos concretos, mostrándose recursivo. Tiende a orientarse hacia el futuro, con orientación positiva al cambio.

En cuanto al manejo de relaciones interpersonales, se muestra como una persona con adecuada interacción social, cordial y respetuosa en su contacto, comunicativo, con habilidades de escucha, se le facilita el trabajo en equipo y con capacidad de liderazgo. Manifiesta metas definidas a corto, mediano y largo plazo, con proyecto de vida claro.

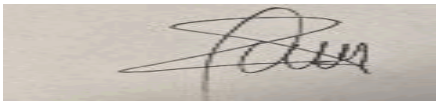
CONCEPTO:
Durante la evaluación, el evaluado no presenta indicadores de trastornos cognitivos y de comportamiento. A la fecha se considera apto psicológicamente para laborar.

PSICÓLOGO



Firma:
Nombre: ACEVEDO SANCHEZ HILDA
R. M.: 3073

PACIENTE



Firma:
Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE
CC: 75088912

NIT. 900331937-0
Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 53216

Fecha: 08/08/2023 **Ciudad:** PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SURA
CC: 75088912 **Nombre:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Edad:** 44 AÑOS 8 M **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 19/11/1978 **Empresa:** SENA LA DORADA **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

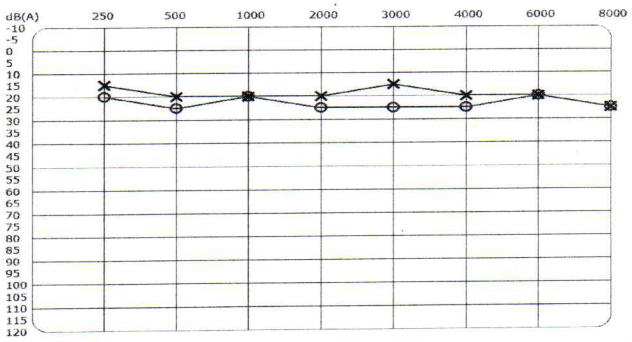
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	SI
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	SI		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: GSI-17 **F. Ultima Calibración:** 2022-02-21

O : Vía aérea del OD X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	25	20	25	25	25	20	25
VAOI	15	20	20	20	15	20	20	25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: **Oído izquierdo:**

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

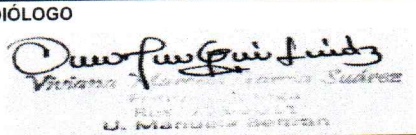
Oído derecho: GRADOII **Oído izquierdo:** GRADO I

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL SEGÚN PVE	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: GARCIA SUAREZ VIVIANA MARCELA
R. M.: 753/2011 **L.S.O.:**

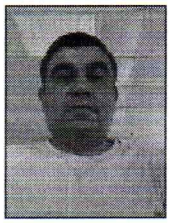
TRABAJADOR



Firma:
Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE
CC 75088912

Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral

NIT. 900331937-0
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha:** 08/08/2023

Número de Identificación: 75088912 **Nombre:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 19/11/1978 **Edad:** 44 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

RESULTADO DE PERFIL LIPÍDICO

PARAMETRO	RESULTADO		V. REFERENCIA
COLESTREOL T.	181		HASTA 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	41		MAYOR A 35 mg/dl
COLESTEROL LDL	100		65 - 135 mg/dl
TRIGLICERIDOS	196		HOMBRES: 40 - 160 mgdl MUJERES: 35 - 135 mg/dl
COLESTEROL VLDL	39		HASTA 30 mg/dl
INDICE CORONARIO	4.4		MENOR DE 5.0
OBSERVACION:			

Bacteriólogo

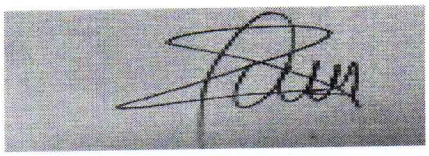
Firma:

Marellys Balceiro Castro
BACTERIOLOGA
REG. UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Nombre: BALCEIRO CASTRO MARELLYS SARAY
RM: 0805072

Paciente

Firma:



Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE
CC: 75088912

NIT. 900331937-0

Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral

Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



INFORME DE ESPIROMETRÍA

DATOS PERSONALES — No: 25,212

Municipio: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha:** 08/08/2023 - 12:00 A. M.

Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **CC:** 75088912

Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Edad:** 44 AÑOS 8 M **Peso:** 93.00 kg **Talla:** 171 cm

IMC: 31.80 Obeso **Empresa:** SENA LA DORADA

Cargo: INSTRUCTOR **Eps:** SURA

Característica Exposición en el área de trabajo actual: VER HISTORIA CLINICA

HÁBITOS PERSONALES

Habito	Refiere	Cant	Frecuencia	Observación
¿FUMA CIGARRILLO, TABACO O PIPA?	NO	0	CONSUMO/DÍA	
¿ES EXFUMADOR?	NO	0	CONSUMO/DÍA	
¿CONSUMO DE DROGAS	NO	0	CONSUMO/DIA	
¿PRACTICA ALGUN DEPORTE?	NO	0	HORAS/SEMANA	
¿COCINA O COCINÓ CON LEÑA?	NO	0	NA	

TOS	NO		
GRIPA	NO		
RINITIS	NO		
SINUSITIS	NO		
ASMA	NO		

Espirómetro utilizado: CONTEC SPIROMETER SP80B **F Ultima Calibración:** 18/07/2022

Escala Interpretación: KNUDSON **Resultado:** MIXTO **Severidad:** MODERADO

Recomendaciones	Tipo	Fecha
USO DE EPP RESPIRATORIOS Y SVE RESPIRATORIO	OCUPACIONALES	

Observaciones:

Analysis Report

Name: ANDRES FELIPE OROZCO

Sex: Male | Age: 45 | Height: 171 cm

Weight: 93 kg | Patient ID: 75088912 | Department: INSTRUTOR

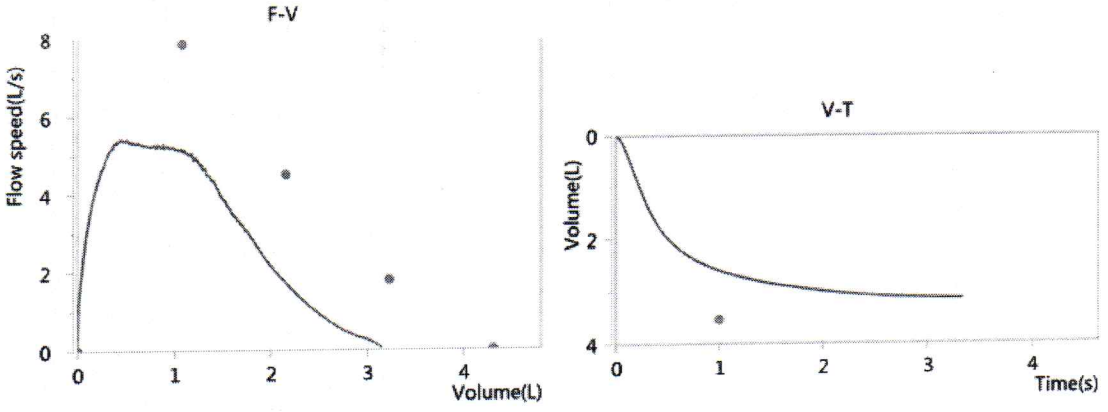
Bed No.: | IDCard: | Tel:

Smoke state: No smoker

Param	Unit	Pred.	Best	%Pred.	Best1	Best2	Best3	Best*
FVC	L	4.31	3.15	73.1	3.15			
FEV1	L	3.54	2.75	77.6	2.75			
FEV1/FVC	%	81.96	87.20	106.4	87.20			
PEF	L/s	8.51	5.70	67.0	5.70			
FEF25	L/s	7.86	5.24	66.7	5.24			
FEF50	L/s	4.51	3.68	81.6	3.68			
FEF75	L/s	1.78	1.28	71.8	1.28			
FEF2575	L/s	3.75	3.12	83.2	3.12			

Obstructive abnormality:Slight
Restrictive anomaly:Slight

Doctor signature:



PROFESIONAL

Firma:

Nombre: ACEVEDO NIETO JOHANA CAROLINA

R. M.: 5-6017-09 L.S.O.:

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

CC: 75088912

NIT. 900331937-0
Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 53,558**

Fecha: 08/08/2023 **Municipio:** PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **CC:** 75088912 **Nombre:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Edad:** 44 AÑOS 8
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SENA LA DORADA
Eps: SURA **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: MEDELLIN **Motivo Consulta:** CONTROL GAFAS

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ARDOR	NO REFIERE
ASINTOMÁTICO	SI
CANSANCIO	NO REFIERE
CEFALEA	NO REFIERE
DOLOR	NO REFIERE
ENROJECIMIENTO	NO REFIERE
LAGRIMEO	NO REFIERE
MALA VISIÓN CERCANA	NO REFIERE
MALA VISIÓN LEJANA	NO REFIERE
PRURITO	NO REFIERE
SENSACIÓN CUERPO EXTRAÑO	NO REFIERE
VISIÓN DOBLE	NO REFIERE

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

CHALAZIO: **NO**
EDEMA: **NO**
FOLÍCULOS: **NO**
HIPEREMIA: **NO**
NORMAL: **AO**
ORZUELO: **NO**
OTROS: **NO**
PAPILAS: **NO**
PINGUECULA: **NO**
PTERIGIÓN: **NO**
RESEQUEDAD: **NO**
SECRECIÓN: **NO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO DERECHO: **K´ =**

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO IZQUIERDO	IPERMETROPI
OJO DERECHO	IPERMETROPI

RX FINAL

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

VISIÓN COLOR

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

OJO DERECHO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

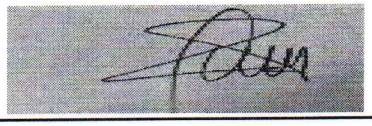
Wendy Paola Otálora Calderón
Optómetra - USTA
Reg. 11063-07 CTNPO 1955
ESP Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: OTALORA CALDERON WENDY PAOLA

R. M.: 11063-07 CTNPO1955 **L.S.O.:**

PACIENTE

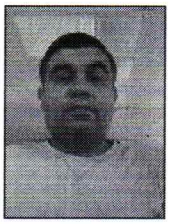


Firma:

Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

CC: 75088912

NIT. 900331937-0
Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha:** 08/08/2023

Número de Identificación: 75088912 **Nombre:** OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 19/11/1978 **Edad:** 44 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

RESULTADO DE GLICEMIA

PARAMETRO	RESULTADO		V. REFERENCIA
GLICEMIA BASAL	113		70 - 110 mg/dl

Bacteriólogo

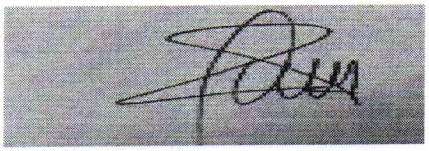
Firma:



Nombre: BALCEIRO CASTRO MARELLYS SARAY
RM: 0805072

Paciente

Firma:



Nombre: OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE
CC: 75088912

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA

C.C 75.088.912

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

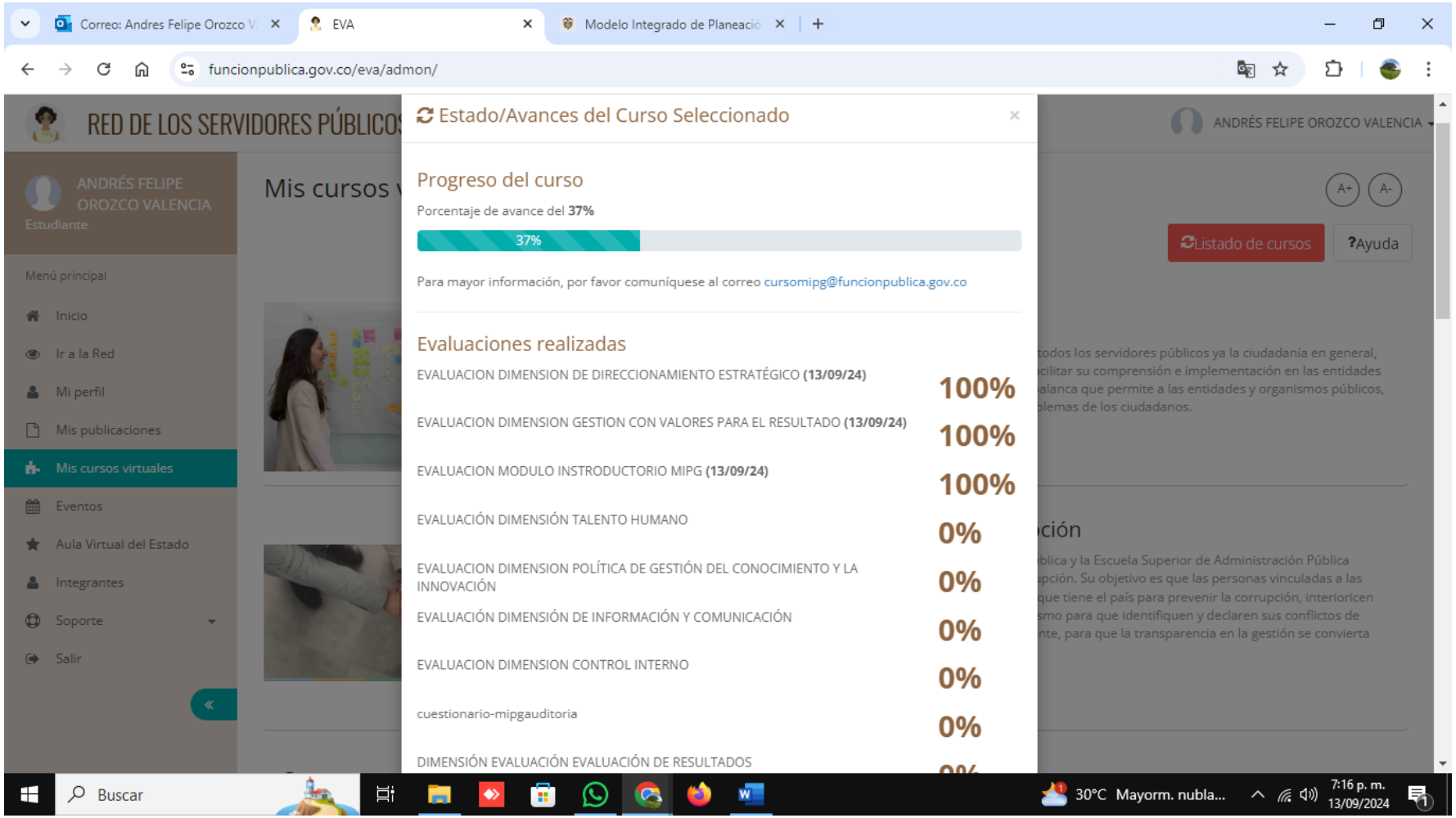
Bogotá D.C., 13 de septiembre 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765829871206

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno


Correo: Andres Felipe Orozco V
EVA
Modelo Integrado de Planeació
funcionpublica.gov.co/eva/admon/
RED DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS
ANDRÉS FELIPE OROZCO VALENCIA
Estudiante
Menú principal
Inicio
Ir a la Red
Mi perfil
Mis publicaciones
Mis cursos virtuales
Eventos
Aula Virtual del Estado
Integrantes
Soporte
Salir
Mis cursos
ANDRÉS FELIPE OROZCO VALENCIA
A+
A-
Listado de cursos
?Ayuda
todos los servidores públicos ya la ciudadanía en general,
cilitar su comprensión e implementación en las entidades
alanca que permite a las entidades y organismos públicos,
blemas de los ciudadanos.
ción
blica y la Escuela Superior de Administración Pública
pción. Su objetivo es que las personas vinculadas a las
que tiene el país para prevenir la corrupción, interioricen
smo para que identifiquen y declaren sus conflictos de
nte, para que la transparencia en la gestión se convierta
Estado/Avances del Curso Seleccionado
Progreso del curso
Porcentaje de avance del 37%
37%
Para mayor información, por favor comuníquese al correo cursomipg@funcionpublica.gov.co
Evaluaciones realizadas
EVALUACION DIMENSION DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO (13/09/24) 100%
EVALUACION DIMENSION GESTION CON VALORES PARA EL RESULTADO (13/09/24) 100%
EVALUACION MODULO INSTRODUCTORIO MIPG (13/09/24) 100%
EVALUACIÓN DIMENSIÓN TALENTO HUMANO 0%
EVALUACION DIMENSION POLÍTICA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN 0%
EVALUACIÓN DIMENSIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 0%
EVALUACION DIMENSION CONTROL INTERNO 0%
cuestionario-mipgauditoria 0%
DIMENSIÓN EVALUACIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS
Buscar
30°C Mayorm. nubla...
7:16 p. m.
13/09/2024

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA

C.C 75.088.912

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 13 de septiembre 2024

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761803008000