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 DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	930310
Fecha Elaboración	Setiembre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	68972-556902

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.568.402	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	vacelas@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	005500205652
IP/Nº de contacto:	3052834	**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	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:	6712240/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**81124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA TEMÁTICA DE TRANSPORTE Y RED DE CONOCIMIENTO TRANSPORTE EN LA MODALIDAD VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**04/09/2024**	**Al**	**30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.182.854
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 15.182.854
Valor Bruto Pago:			**$ 4.018.991,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.163.863

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.018.991	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	**$ 4.018.991**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.362.392**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.362.392,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**79573264**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.560.691,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.607.596	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 201.000	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 257.300	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		$ 8.400	$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	34.396,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 401.899		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753,040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 788.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.984.595,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Sesiones en Linea Fichas F-2836515 - 2910869 - 3069247 - 2977166 (9)

Calificación Evidencias F- 2936515 - 2910869 - 2879533 - 2977166 - 3069247 (137)

Reuniones Equipo Ejecutor F-2936515 -2910869 - 2879533 - 2977166 - 3069247 (10)

Atencion Sincronica F-2936515 - 2910869 - 2879533 - 2977166 (12)

Evaluacion Juicios de evaluacion F-2836515 - 2910869 - 2879533 - 2977166 - 3069247 (61)

Generacion Informe actividades fichas F-2836515 - 2910869 - 2879533 - 2977166 (1)

.

.

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

VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO
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,

SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA
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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

20/09/24 08:29:32 USUARIO: SIC - C.C. 79568402

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO	**NIT:**	79568402
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	agosto 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2024
Número de Radicación:	79573264	**Total a pagar:**	$518,800
Fecha de vencimiento:	03/09/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	03/09/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	886869748
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-29	830008686	La Equidad Seguros de Vida	1		$0	$9,400
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$286,000
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	1		$0	$223,400
						$518,800

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14751524790

(415)7707212489984(8020) 000001475152479 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 5 6 8 4 0 2	3	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	7 9 5 6 8 4 0 2	

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
ACELAS	ZAMBRANO	VICTOR	MANUEL

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 107 A 11 A 50 AP 707

42. Correo electrónico: vacelas@hotmail.com

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

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

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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2021 - 04 - 09 / 08 : 28: 52

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 ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Outlook

RE: Validacion Examens Preocupacionales Victor Acelas

Desde Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co>
Fecha Jue 19/09/2024 8:45
Para vacelas <vacelas@hotmail.com>

Cordial Saludo, Respetado Victor,

Espero se encuentre bien de salud,

De manera atenta, le informo que se valida el examen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual.

Agradezco su amable atención,

Diana Mercedes Hernández Jiménez
Profesional Administradora de Salud Ocupacional
Profesional HYSI
Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías De La Información,
Regional Distrito Capital
dmhernandezj@sena.edu.co
CEL: 3145184448
Calle 52 No. 13 - 65 - Oficina 302, Bogotá, Colombia

De: VICTOR ACELAS <vacelas@hotmail.com>
Enviado: miércoles, 28 de agosto de 2024 18:30
Para: Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co>
Asunto: Validacion Examens Preocupacionales Victor Acelas

No suele recibir correos electrónicos de vacelas@hotmail.com. Por qué esto es importante

Diana Buenas Tardes:

Adjunto al correo envió mis exámenes preocupacionales del año pasada, para su revisión y validación,

Cordialmente,

Victor Manuel Acelas Zambrano
3158005071

Diana Mercedes Hernandez Jimenez
Ctro De Gestión De Mercados, Logís. Y Tecno. De La Informacion. - Contratista
dmhernandezj@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500
Calle 52 No 13-65

www.sena.edu.co
@SENAcomunica

COLCAN

REGISTRO DE ATENCIÓN



Orden número 286395
Fecha de la orden 04/05/2023
Identificación Cédula de ciudadanía 79568402
Nombre **ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL**
Edad 51 Años
Empresa SALUD OCUPACIONAL CALLE 49
Cargo INSTRUCTOR VIRTUAL
Tipo de evento Ingreso

AUDIOMETRIA TONAL

Profesional: VELANDIA GARCIA MARITZA LILIANA Consultorio: AUDIOMETRIA

Ingreso:04/05/2023 08:55 a. m. Egreso:04/05/2023 09:06 a. m.

Informacion ocupacional

Fecha de ingreso a la empresa
Fecha de retiro
Tiempo en el cargo INGRESO

Antecedentes de exposición a ruido

Antecedentes

#	Empresa	Cargo	Tiempo de exposición	Elementos de protección
1	UNIVERSAL DE SEGURIDAD	DIRECTOR DE PROYECTOS	1 AÑO	NA
2	DHL	GERENTE DE INGENIERIA	15 MESES	NO USO

Antecedentes personales patologicos

Amigdalitis a repeticion	No	Meningitis	No	Parotiditis	No
Sarampion	No	Sinusitis cronica	No	Trauma craneo-encefalico	No
Varicela	No	Vertigo	No	Paralisis facial	No
Hipertension arterial	No				
Acufenos	No				
Cx Oidos	No				
Hipoacusia	No				
Otitis media	No				
Otalgia	No				
Otorrea	No				
Observaciones	NINGUNO				

Antecedentes familiares

Sordera adquirida No
Sordera congenita No
Quien? NIEGA

Antecedentes extralaborales

Practica de caza No
Juego de tejo No
Uso de auriculares No
Tiempo de uso OCASIONAL PARA MUSICA
Vibraciones NO REPORTA
Otras exposiciones a ruido NO REFIERE ESTAR EXPUESTA AL RUIDO

Antecedentes farmacologicos

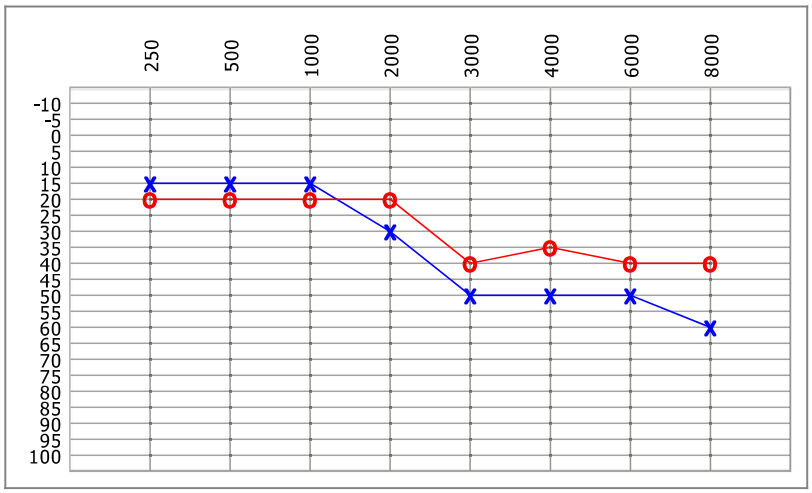
Gentamicina	No	Trobamicina	No	Estreptomicina	No
Furosemida	No	Quinina	No	Salicilatos	No
Otros medicamentos o sustancias	EUTIROX				
Usa actualmente protectores auditivos?	No				
Tipo de protector auditivo	NINGUNA				

Examen auditivo

Tiempo de reposo auditivo REPOSO AUDITIVO 7HORAS
Cree escuchar bien? Si

Otoscopia OD CAE NORMAL - MT NORMAL
Otoscopia OI CAE NORMAL - MT NORMAL
Observaciones ULTIMA AUDIOMETRIA 3 AÑOS
Audiometria

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Derecho	20	20	20	20	40	35	40	40
Izquierdo	15	15	15	30	50	50	50	60



Promedios Agudos Oido Derecho 38.333333333333336 Promedios Agudos Oído Izquierdo 53.333333333333336
PTA Oído Derecho 25 PTA Oído Izquierdo 27.5
CUAT (Cambio Umbrales Auditivos Temporal) Sin cambio en los umbrales
CUAP (Cambios Umbrales Auditivos Permanente) Sin cambio en los umbrales
Clasificación Gatiso OD 26-40 dB Hipoacusia leve
Clasificación Gatiso OI 41-55 dB Hipoacusia moderada
Clasificación Larsen OD Hipoacusia neurosensorial grado II
Clasificación Larsen OI Hipoacusia neurosensorial grado IIII
Diagnosticos

#	Diagnostico
1	*H919* HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA

Descripción de los resultados OD DESCENSO AUDITIVO LEVE EN LAS FR 3000 A 8000 HZ
OI DESCENSO AUDITIVO LEVE A MODERADO EN LAS FR 2000 A 8000 HZ
Recomendaciones Control auditivo periódico, evitar uso prolongado en las tareas de teletrabajo de teléfono, diademas, auriculares, dispositivos de comunicación etc. Preferiblemente utilice el altavoz de sus equipos escucharlo a un volumen prudente, realizar pausas auditivas durante la jornada, evitar el uso de audífonos antes o después de la jornada, reposo auditivo extralaboral, se dan pauta de higiene y cuidado auditivo. SS/ Control preventivo por EPS con ORL y audiología.
Se sugiere incluir en el Sistema de vigilancia epidemiológica de Conservación Auditiva Si

APLAZAMIENTO

APLAZAMIENTONO
AUDIOMETRÍA

VELANDIA GARCIA MARITZA LILIANA
Registro médico: 014215 Licencia S.O 1023 de 2012

ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL
Cédula de ciudadanía: 79568402

OPTOMETRÍA

Profesional: FORERO SANABRIA NANCY Consultorio: OPTOMETRIA NORTE 2

Ingreso:04/05/2023 09:06 a. m. Egreso:04/05/2023 09:14 a. m.

Antecedentes

Personales HIPOTIROIDISMO. QX HERIDA EN PIERNA DERECHA. LAPAROSCOPIA. QX NARIZ. QX VARICOCELE.
Oculares EXAMEN DE INGRESO. USUARIO DE LENTES DE DESCANSO. ULTIMO CAMBIO DE LENTES HACE 2 AÑOS.
Familiares NO REFIERE
Condiciones de riesgo visual SI, ILUMINACION, COMPUTADOR Ultimo control visual 2 AÑOS.
Utiliza EPP visual SI, GAFAS PERSONALES
Accidente de trabajo ocular NO REFIERE

Ardor	No	Secreción	No	Cefalea	No
Dolor	No	Enrojecimiento	No	Mala visión lejos	No
Resequedad	No	Cansancio	No	Mala visión cerca	No

Prurito	No	Fotofobia	No	Lagrimeo	No
Otros	ASINTOMATICO CON CORRECCION VISUAL				

Agudeza visual lejana

Sin correción OD	20/40-	Sin correción OI	20/40-	Sin correción AO	20/40-
Con correción OD	20/25	Con correción OI	20/25	Con correción AO	20/25
Observaciones	LENSOMETRIA OD -0.50-0.50*90 OI -0.50-0.50*40				

Agudeza visual cercana

Sin correción OD	0.50M-	Sin corrección OI	0.50M-	Sin correción AO	0.50M-
Con corrección OD	0.50M-	Con corrección OI	0.50M-	Con corrección AO	0.50M-
Observaciones	NINGUNA				

Percepcion

CROMATICA	Normal		
ESTEREOPSIS	Normal	Grado de Estereopsis	50 SEG DE ARCO

Examen ocular

Segmento anterior OD	SANO, ANEXOS OCULARES NORMALES	Segmento anterior OI	SANO, ANEXOS OCULARES NORMALES
Motilidad ocular OD	ORTOFORIA	Motilidad ocular OI	ORTOFORIA
Oftalmoscopica OD	MEDIOS REFRINGENTES TRASPARENTES	Oftalmoscopica OI	MEDIOS REFRINGENTES TRASPARENTES
Queratometría OD	NO APLICA	Queratometría OI	NO APLICA
Refracción OD	SOBREREFRACCION -0.50 ESF	Refracción OI	SOBREREFRACCION -0.50 ESF
Subjetivo OD	-1.00-0.50*90 ADD 2.00 DEFINIR EPS	Subjetivo OI	-1.00-0.50*40 ADD 2.00 DEFINIR EPS

Diagnostico

Miopia	Ambos
Hipermetropia	No
Astigmatismo	Ambos
Presbicia	Ambos
Estrabismo	No
Ambliopia	No
Emetropia	No
Ametropia corregida	No
Ametropia no corregida	No
Ametropia parcialmente corregida	Ambos
Ametropia inadecuadamente corregida	No

Diagnosticos

Diagnosticos

#	Diagnostico
1	*H521* MIOPIA
2	*H522* ASTIGMATISMO
3	*H524* PRESBICIA

Recomendaciones

Control anual	Si	Control en 6 meses	No	Actualizar formula	Si
Uso de correccion permanente	Si	Remision ortoptica	No	Remision oftalmologia	No
Hallazgos	AMETROPIA CORREGIDA PARCIALMENTE , DEBE ACTUALIZAR CORRECCION VISUAL, ESTEREOPSIS: 50 SEG DE ARCO. PERCEPCION CROMATICA CON RESPUESTA AL TEST DE ISHIHARA 10/10				
Recomendaciones generales	Control anual por Optometría, Uso de corrección visual permanente, Realizar pausas de higiene visual, Se requiere actualizar corrección visual en EPS.				

APLAZAMIENTO

APLAZAMIENTONO
OPTOMETRÍA

FORERO SANABRIA NANCY
Registro médico: 1026588987

ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL
Cédula de ciudadanía: 79568402

ANEXO CARDIOVASCULAR

Profesional: MALDONADO CUBIDES RUBEN DARIO Consultorio: CONSULTORIO MEDICO 1

Ingreso:04/05/2023 09:28 a. m. Egreso:04/05/2023 09:32 a. m.

ANTECEDENTES FAMILIARES

HTA	Padre Si	Madre No	Hermanos No	Abuelos No
IAM (edad)	Padre No	Madre No	Hermanos No	Abuelos No
Cardiopatía	Padre No	Madre No	Hermanos No	Abuelos No
ACV	Padre No	Madre No	Hermanos No	Abuelos No
Diabetes	Padre No	Madre No	Hermanos No	Abuelos No
DIislipidemias	Padre No	Madre No	Hermanos No	Abuelos No
Farmacológicos	Padre No	Madre No	Hermanos No	Abuelos No

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA	No
IAM (edad)	No
Cardiopatía	No
ACV	No
Diabetes	No
Dislipidemias	No
Farmacológicos	levotiroxina vs hipotiroidismo.

HÁBITOS

Actividad Física	Sí	Frecuencia		Duración	30
Intensidad		Tiempo			
Fuma	No	Fumó Sí	Cigarrillos al día	Total de años	8 años.
Alcohol	No	Frecuencia			
Personalidad tipo A	SÍ				

REVISIÓN POR SISTEMAS

Dolor Precordial	No	Síncope	No	Palpitaciones	No	Disnea	No	Clase Funcional	
Edemas	No								
Observaciones	ninguno.								

EXAMEN FÍSICO

TA	120/80	Pulso	78	Peso	73	Estatura	1.71	IMC	
RsCS	RITMICOS SIN SOPLOS				Soplos		RsRS		
Circunferencia Abdominal	86	Perímetro Caderas	92	Índice C/C					

RESULTADOS

Colesterol Total	HDL	LDL	VLDL	Trigiceridos	Glicemia
EKG			Otros		

CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Grado de Riesgo (%) Framingham OMS / OPS	

DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos: varices grado 1 demiembros inferiores.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES: Ejercicio cardiovascular 2 veces por semana.
uso de medias antivarices de mediana compresion.

Ruben Dario Maldonado

MALDONADO CUBIDES RUBEN DARIO
Registro médico: 4739/92 Licencia S.O 6104/2019

ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL
Cédula de ciudadanía: 79568402

PRUEBA PSICOLOGICA PARA EVALUAR FOBIAS, ANSIEDAD, STRESS Y CONTROL DE IMPULSOS

Profesional: GUIZA LIMAS LILIANA Consultorio: CONSULTORIO PSICOLOGIA SEDE NORTE

Ingreso:04/05/2023 11:04 a. m. Egreso:04/05/2023 11:05 a. m.

CONCEPTO Y RECOMENDACIONES

Concepto	APTO
Recomendaciones generales	De acuerdo a la valoración psicológica realizada en la prueba psicológica para evaluar fobias, ansiedad, estrés y control de impulsos se considera que NO presenta rasgos de ansiedad estrés y control de impulsos que puedan afectar su desempeño para labores consideradas de alto riesgo. Se considera un colaborador sano con hallazgos clínicos que no generan Pérdida de capacidad laboral ni limitan el normal ejercicio de su labor. Persona ajustada a la realidad, emocionalmente equilibrado, no se evidencia ningún rasgo ni estado fuera de lo normal, sin embargo, se sugiere trabajar pausas activas durante la jornada, se evidencia presencia de algunos estados y rasgos del riesgo psicosocial que pueden estar presentes en el paciente por lo cual se sugiere realizar de manera preventiva capacitaciones del riesgo psicosocial e intervención a sus sistemas de respuesta asociados.
Recomendaciones específicas	Organización y administración del tiempo Mantener conductas de autocuidado, hábitos y estilos de vida saludables. Programas de relajación, así como plan y manejo a niveles de ansiedad Adoptar conductas y actitudes de prevención mental y física frente al estrés es necesario que el trabajador asuma la responsabilidad que corresponde a su autocuidado y mantenimiento de salud, sin embargo, la pausa activa durante la jornada laboral permite prevenir la fatiga mental, fatiga visual, sobrecarga, tensión que puede desencadenar un posible síntomas físicos y emocionales negativos en el usuario. Fomentar actividades constituye una buena medida para prevenir situaciones de ansiedad o para aliviarlas, pues además de facilitar el desplazamiento de la atención de los problemas, contribuye a relativizar la importancia de esos problemas, la relajación como una técnica de autocontrol que formará parte de los hábitos para mejorar la calidad de vida con la consecuencia que mejoraría y mantendría un nivel bajo de ansiedad. Aprender cómo manejar el estrés es vital para la salud, bienestar y el rendimiento de los trabajadores. Seguir contando con recursos protectores para su salud.

APLAZAMIENTO

APLAZAMIENTONO
PRUEBA
PSICOLÓGICA

GUIZA LIMAS LILIANA
Registro médico: Licencia #5533 del 2018

ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL
Cédula de ciudadanía: 79568402

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

50402695

Nombre	ACELAS VICTOR MANUEL		
Identificación	CC 79568402	Tel.	3158005071
Edad	51 Años 3 Meses 29 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento			

Fecha de recepción:	04-may.-2023 8:13 am
Fecha de impresion:	04-may.-2023 3:40 pm
Empresa	COLCAN - SALUD OCUPACIONAL
Sede	SEDE CALLE 45 COLCAN PISO
Fecha Validación	04-may.-2023 3:22:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
CUADRO HEMATICO			
Método: Impedancia Electrica			
ERITROCITOS	**5.73**	millones	**4.50 a 6.10**
HEMOGLOBINA	**17.4**	gr/dl	**14.0 a 18.0**
HEMATOCRITO	**50.8**	%	**42.0 a 53.0**
VOLUMEN C0RPUSCULAR MEDIO (VMC)	**88**	fl	**80 a 98**
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	**30.4**	pg	**27.0 a 31.0**
CONCENTRAC. CORPUSC. MEDIA DE Hb (CCMH)	**34.3**	gr/dl	**32.0 a 35.0**
ANCHO DE DISTRIB. DE LOS ERITROCITOS (IDE)	**13.0**	%	**11.0 a 15.0**
PORCENTAJE NORMOBLASTOS:	**0.0**	%	**0.0 a 0.0**
NÚMERO NORMOBLASTOS:	**0.0**	10^3/ul	**0.0 a 0.0**
LEUCOCITOS	**5.8**	miles/mm3	**4.5 a 10.0**
FORMULA LEUCOCITARIA			
Segmentados	**58.1**	%	**50.0 a 67.0**
Linfocitos	**24.2**	%	**27.0 a 40.0**
Monocitos	**7.7**	%	**3.0 a 12.0**
Eosinòfilos	**8.5**	%	**1.0 a 4.0**
Basòfilos	**0.7**	%	**0.0 a 1.0**
Segmentados	**3.37**	10/mm3	**2.00 a 7.50**
Linfocitos	**1.40**	10/mm3	**1.00 a 4.00**
Monocitos	**0.45**	10/mm3	**0.20 a 1.20**
Eosinòfilos	**0.49**	10/mm3	**0.00 a 0.50**
Basòfilos	**0.04**	10/mm3	**0.00 a 0.20**
PLAQUETAS RECUENTO	**308**	miles/mm3	**150 a 450**
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	**10.70**	um3	**7.5 a 8.5**
PCT	**0.330**	%	
IDP	**16.1**	%	

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

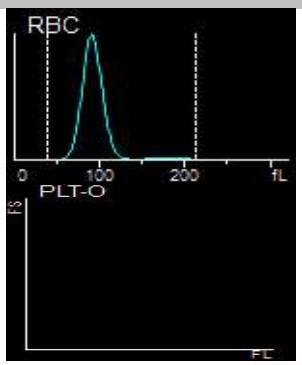
50402695

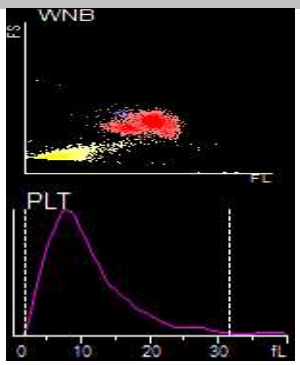
Nombre	**ACELAS VICTOR MANUEL**		
Identificación	CC 79568402	Tel.	3158005071
Edad	51 Años 3 Meses 29 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento			

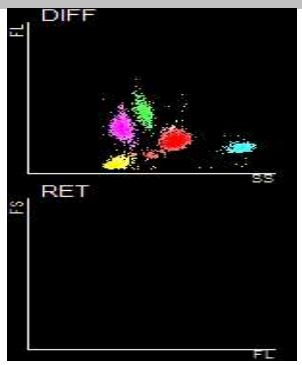
Fecha de recepción:	04-may.-2023 8:13 am
Fecha de impresion:	04-may.-2023 3:40 pm
Empresa	COLCAN - SALUD OCUPACIONAL
Sede	SEDE CALLE 45 COLCAN PISO
Fecha Validación	04-may.-2023 3:22:00p.m.

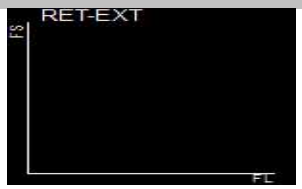
Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia









CarlosFernandoBlancoOrtega
CARLOS FERNANDO BLANCO ORTEGA
CC 1.090.382.114
BACTERIOLOGO

ADRIAN ENTIQUE FERIAS ESPINAYU
C.C 1143269222
BACTERIOLOGO

GLICEMIA EN AYUNAS EN SUERO **102** mg/dl **74 a 106**
Metodo: Espectrofotometría

MAYRA XIMENA SAMACA VILLAMIL
CC. 33.702.566
DIRECTORA DE LABORATORIO
EXAMEN AUTOVALIDADO

MAYRA XIMENA SAMACA VILLAMIL
CC. 33.702.566
DIRECTORA DE LABORATORIO
EXAMEN AUTOVALIDADO

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL EN SUERO **209** mg/dl **0 a 200**
Metodo: Espectrofotometría

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) EN SUERO **78** mg/dl **35 a 80**
Metodo: Espectrofotometría

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) **103** mg/dl
Metodo: Enzimático

V. de Referencia:
Ideal: Menor de 100,0 mg/dl
Casi ideal: De 100,0 a 129,0 mg/dl
Límite alto: De 130,0 a 159,0 mg/dl
Alto: De 160,0 a 189,0 mg/dl
Muy alto: Mayor de 189,0 mg/dl

TRIGLICERIDOS **137** mg/dl **0 a 150**
Metodo: Espectrofotometría

JORGE ARMANDO MIRANDA RAVELO
C.C 8.867.897
BACTERIOLOGO

JORGE ARMANDO MIRANDA RAVELO
C.C 8.867.897
BACTERIOLOGO

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL	**Identificación:**	CC 79568402
Genero:	Masculino	**Edad:**	51 AÑOS
Cargo:	INSTRUCTOR VIRTUAL	**Orden No.**	286395
Fecha de ingreso:	04/05/2023 08:17 a. m.	**Fecha de salida:**	04/05/2023 03:46 p. m.
Empresa:	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49	**Destino:**	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49
Tipo de evento:	Ingreso		



Tipo de evaluación: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Laboratorio Clínico Optometría Prueba Psicologica Para Evaluar Fobias, Ansiedad, Stress Y Control De Impulsos Examen Médico Ocupacional Con Énfasis Osteomuscular Anexo Cardiovascular Audiometria Tonal

Concepto CON ALTERACIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN EN EL CARGO

Restricción y/o causa de aplazamiento:

ninguno.

Recomendaciones

Recomendaciones personales:
Ejercicio cardiovascular periódico.
Hábitos alimentarios con dieta sana y balanceada.
Control médico preventivo.
Recomendaciones laborales:
Examen ocupacional periódico según SST de la empresa.
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
uso de lentes opticos permanentes.
actualizar formula optica.
evitar exposicios a ruido mayor a 85 decibeles.
ss. valoracion por eps por alteracion de sistema auditivo.
uso de medias antivarices de mediana compresion.

Observaciones

VACUNACIÓN COMPLETA
Para la prevención del riesgo biológico por COVID-19 en el ambiente de trabajo, promover el cuidado mutuo orientando al cumplimiento del protocolo de bioseguridad y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección social. Inmunización para COVID 19 completa . LABORATORIO: cuadro hematico, glicemia, perfil lipidico, aplicados.

Optometría

Control anual por Optometría, Uso de corrección visual permanente, Realizar pausas de higiene visual, Se requiere actualizar corrección visual en EPS.

Anexo Cardiovascular

ejercicio cardiovascular 2 veces por semana.
uso de medias antivarices de mediana compresion.

Audiometria Tonal

Control auditivo periódico, evitar uso prolongado en las tareas de teletrabajo de teléfono, diademas, auriculares, dispositivos de comunicación etc. Preferiblemente utilice el altavoz de sus equipos escucharlo a un volumen prudente, realizar pausas auditivas durante la jornada, evitar el uso de audífonos antes o después de la jornada, reposo auditivo extralaboral, se dan pauta de higiene y cuidado auditivo. SS/ Control preventivo por EPS con ORL y audiología.

Incluir en SVE Auditivo

Nombre Médico Evaluador
MALDONADO CUBIDES RUBEN DARIO
Registro médico: 4739/92 Licencia S.O 6104/2019

Paciente
ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL
CC 79568402

Sede principal Calle 49 No. 13 -60 Tel. 7447555 Opción 4
Sede 45 Calle 45 No. 8 - 98 Tel. 3406320

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

La empresa VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO, identificada con CC número 79568402, se encuentra afiliada a nuestra Administradora de Riesgos Laborales desde el día miércoles, 1 de febrero de 2023 con formulario de afiliación número IV3000286, según los registros existentes en nuestra base de datos.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

miércoles, 18 de septiembre de 2024 a las 08:01

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00013344970001895249.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de Septiembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

T.I.	**1021634442**	**SAMUEL ACELAS GONZALEZ**	**HIJO**

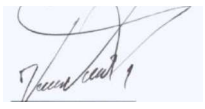
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,



FIRMA
Nombre: VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO
C.C. 79.568.402

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

NUIP 1021634442**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35762801

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 43 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A6F

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

COLOMBIA***CUNDINAMARCA***BOGOTA D.C.**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACELAS**********	GONZALEZ**********

Nombre(s)

SAMUEL**********

Fecha de nacimiento								Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	0	7	Mes	MAR	Día	0 3	MASCULINO*******	A*******	POSITIVO

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

COLOMBIA***CUNDINAMARCA***BOGOTA D.C.**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERT. NAC. VIVO- FUND. STAFE DE BOGOTA*********	A-7915207*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ MEDINA LINA MARIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52619171 ** de: USAQUEN**********	COLOMBIANA********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79568402 ** de: BOGOTA**********	COLOMBIANA********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79568402 ** de: BOGOTA**********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

MEDINA DE GONZALEZ MARIA TERESA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.: 41467611 ** de: BOGOTA**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ FORERO JORGE ALBERTO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.: 19087705 ** de: BOGOTA**********	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007 Mes ABR Día 09	JUAN ENRIQUE MINO********
	Nombre y firma

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

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO A SOLICITUD DE LOS INTERESADOS
Según (Artículo 115. Decreto 1260 de 1.970).