SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA -ASTIN-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**923010**
Fecha Elaboración	**30 de junio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**14865-800872**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA
Correo electrónico contratista: william8611@hotmail.com
C.C. 1.130.671.093 **IP/Nº de contacto** 3188711676

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 60591971401

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: NO

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1499118/2020 **Nº Compromiso SIIF** 17220

Valor Total del Contrato	$ 22.740.900	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.740.900	**1**	**Del**	**11/06/2020**	**Al**	**30/06/2020**	**$ 2.526.770,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.214.130		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.526.770		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	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	**$ 2.526.770**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.777.478**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1030056475**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.010.708	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 126.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 30.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 24.700	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 592.493	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.777.478,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.369.970,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Pro-UCEVA	12.634,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.514.136,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 1835677- formacion 18 horas
Ficha 1837420- formacion 8 horas
Ficha 1819989- formacion 12 horas
ficha 2067911- formacion 15 horas
Ficha 1884572- formacion 18 horas
Ficha 1964122- formacion 18 horas
REUNIÓN COLABORADORES CENTRO ASTIN 3 horas
PREPARACIÓN MATERIAL PARA FORMACIÓN (PRESENTACIONES, TALLERES, PRUEBAS DE CONOCIMIENTOS) 9 horas

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 diligenciados.

WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

ALIRIO CUENCA RODRÍGUEZ
PROFESIONAL G06

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

PAULO CESAR RAMIREZ QUINTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1130671093** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1130671093
NOMBRES Y APELLIDOS	WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	COMPAÑERO (A) PERMANENTE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	43
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	43

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **25/06/2020**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-06-25, 01:22:36 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1030056475

Periodo Cotización: mayo de 2020 **Periodo Servicio:** mayo de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8808278950

PAGADO 25/06/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA		
Documento	CC1130671093	**Dirección**	CR 29 #27 - 21 EL JARDIN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3188711676
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1130671093	WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 877.803	$ 26.400	(EPS010) EPS SURA	$ 877.803	$ 109.800	0,522	$ 877.803	$ 4.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 26.400	$ 109.800	$ 4.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.800	$ 0	$ 140.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA identificado(a) con C.C No. 1.130.671.093, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 30 de junio del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14635214389

(415)7707212489984(8020) 000001463521438 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 3 0 6 7 1 0 9 3	6	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 1 3 0 6 7 1 0 9 3	2 0 0 5 0 5 1 3

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALENCIA	SAAVEDRA	WILLIAM	GUSTAVO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:
MISCELANEA Y LICORES J YS	

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CR 29 A 27 21

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
william8611@hotmail.com		3 3 5 8 1 9 0	3 1 8 8 7 1 1 6 7 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 7 1 1	2 0 1 4 0 4 2 8	4 7 2 2	2 0 1 4 0 4 2 8	5 6 3 0	8 5 2 3		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																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 9 0 7 1 5

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: VALENCIA SAAVEDRA WILLIAM GUSTAVO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14635214389

(415)7707212489984(8020) 000001463521438 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 3 0 6 7 1 0 9 3	6	Impuestos de Cali 5	

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 4 0 4 2 8	
74. Número de Notaría:		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro:	2 0 1 4 0 4 2 8	
77. No. Matrícula mercantil:	0 0 0 0 8 9 8 7 6 3	
78. Departamento:	7 6	
79. Ciudad/Municipio:	0 0 1	

Vigencia:

80. Desde:	Año Mes Día	Año Mes Día
81. Hasta:	Año Mes Día	Año Mes Día

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):
1		Año Mes Día	-
2		Año Mes Día	-
3		Año Mes Día	-
4		Año Mes Día	-
5		Año Mes Día	-

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

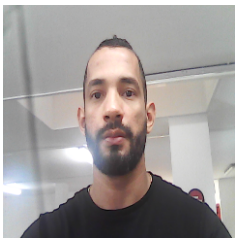
589947

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.19 PM

Fecha de cierre: 11/07/2019 16.13.02

TIPO DE EXAMEN: INGRESO
FECHA DE EXAMEN: 11/07/2019 07.33.07



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	WILLIAM GUSTAVO										
APELLIDOS	VALENCIA SAAVEDRA										
TIPO DE IDENTIDAD	CC	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD**			1130671093						
FECHA NACIMIENTO	11/11/1986			**AÑOS**	32	**SEXO**	M				
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**		CALI								
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)		**NIVEL DE ESCOLARIDAD**		null	**PESO**	75	KG.			
TALLA	176	MTS	**IMC**	24.21	**PRESION ARTERIAL**	120/80	**TELEFONOS**	3358190 - 3188711676			
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA		**MUNICIPIO**	CALI	**DIRECCION**	CRR 29A 27-21					
EPS	SURA E.P.S.				**ARL**	NO REFIERE					
FONDO DE PENSIONES	COLFONDOS										

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE	PARTICULAR		
CONVENIO COMERCIAL	SENA		
CARGO A DESEMPEÑAR	DOCENTE		
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	MENOS DE 1 AÑO	**AREA**	DOCENCIA

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA	OPTOMETRIA
ORDEN DE SERVICIO	PRUEBA PSICOTECNICA
ANEXO ESTADO DE SALUD	ANEXO LABORATORIOS
ANEXO LABORATORIOS	ANEXO LABORATORIOS
CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)	GLUCOSA PRE
HEPATITIS B, ANTICUERPOS CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE	PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO: APTO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL .

RECOMENDACIONES

- VALORACIÓN EPS OTORRINO, USO DE ANTEOJOS PERMAMENTE
REQUIERE REALIZAR ESQUEMA DE VACUNACION PARA HEPATITIS B- SE SIGUIERE COMPLETAR CON TETANO, HEPATITIS A, VARICELA E INFLUENZA.
- SE RECOMIENDA CONSUMO DE FRUTAS VERDURAS, EJERCICIO 45 MIN AL DIA CARDIOVASACULAR, SE RECOMIENDA FOMENTO EN ESTILOS DE

RECOMENDACIONES GENERALES

NUNGUNO
REPORTAR TODO ACCIDENTE DE TRABAJO
HABITOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS

REMISION A PROGRAMA DE VIGILANCIA

NINGUNO
PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVO
PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VISUAL

I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

589947

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.19 PM

Fecha de cierre: 11/07/2019 16.13.02

WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA CC 1130671093

IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA S.A.S. Hace constar que realizó examen médico al trabajador y que de acuerdo a la resolución N. 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica es responsabilidad de la institución y el funcionario que firma este documento da fe que la información suministrada y registrada por el médico es veraz.

DIANA ISABEL CARRILLO PEREA
RM 764247 L.S.O. 2173
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA
C.C 1130671093
Firma del trabajador Evaluado

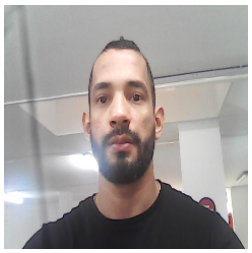


I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

HISTORIA CLINICA AUDITIVA

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.19 PM

FECHA DE EXAMEN 11/07/2019 07.17.48
TIPO DE EXAMEN INGRESO



DATOS INSTITUCION

NOMBRE	IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA	**NIT**	900207684-2
DIRECCION	CALLE 23AN No 2N-75 - B/ San Vicente Cali-Valle	**E-MAIL**	contactenos@santaclara.com.co
TELEFONOS	6682828	**SEDE**	PRINCIPAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	WILLIAM GUSTAVO						
APELLIDOS	VALENCIA SAAVEDRA						
IDENTIFICACION	CC	1130671093	**EDAD**	32 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	O +
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	**ESCOLARIDAD**		**FECHA DE NACIMIENTO**	11/11/1986		
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	CALI	**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	0	
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA	**MUNICIPIO**	CALI	**DIRECCION**	CRR 29A 27-21		
TELEFONOS	3358190 - 3188711676	**ARL**	NO REFIERE	**EPS**	SURA E.P.S.		

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR	**AREA**	.
CONTRATISTA	.	**CARGO A DESEMPEÑAR**	DOCENTE
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	MENOS DE 1 AÑO		

ANTECEDENTES AUDITIVOS

LABORALES		
EXPOSICION A RUIDO HORAS (EMPRESA ACTUAL)		
TIPO EPP		
USO EPP		
LO REQUIERE		
MOTIVO DE NO USO		
TRABAJOS ANTERIORES CON EXPOSICION AL RUIDO	SI	
USO EPP TRABAJO ANTERIOR	SI	
TIPO EPP TRABAJO ANTERIOR	INSERCION	
OTRAS FUENTES DE RUIDO		
MUSICA ALTO VOLUMEN	NO	
USO DE AUDIFONOS	SI	REFIERE OCASIONAL.
PRACTICA TEJO	NO	
MOTOCICLISMO	NO	
SERVICIO MILITAR	NO	
USO DE ARMAS DE FUEJO	NO	
USO DE EPP SERVICIO MILITAR	NO	
OTROS	NO	
AFECCIONES OTOLOGICAS		
OTALGIA	NO	
OTORRAGIA	NO	
ACUFENOS	NO	
PRURITO	NO	
VERTIGO	NO	
CIRUGIA DE OIDO	NO	
OTROS PATOLOGIAS		
TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO	NO	
DIABETES	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO	

I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

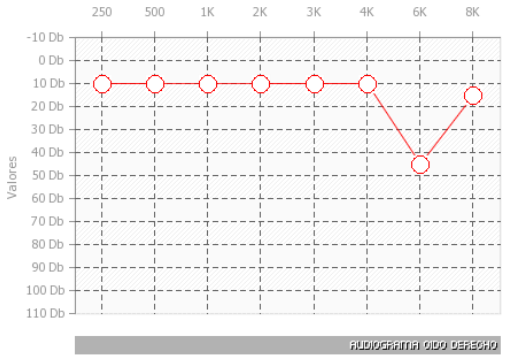
HISTORIA CLINICA AUDITIVA

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.19 PM

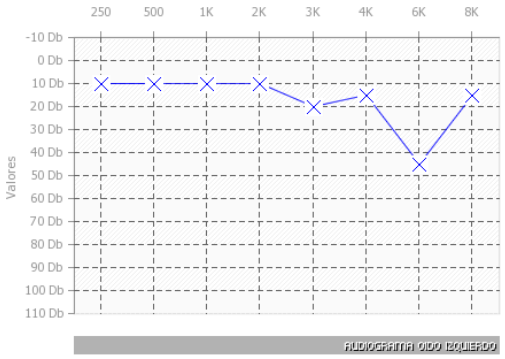
PARÁLISIS FACIAL	NO	
MENINGITIS	NO	
PAROTIDITIS	NO	
TUBERCULOSIS	NO	
SARAMPIÓN	NO	
AUDICION ACTUAL		
DISMINUCIÓN AUDITIVA	NO	
REQUIERE CONSTANTE REPETICIÓN	NO	
AUMENTA EL VOL. DEL TV	NO	
ESCUCHA BIEN POR TELÉFONO	NO	
ESCUCHA PERO NO ENTIENDE	NO	
OTOSCOPIA		
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OD	NORMAL	
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OI	NORMAL	
TIMPANO OD	NORMAL	
TIMPANO OI	NORMAL	
OBSERVACIONES		
OBSERVACIONES		
AUDIOMETRIA		
LE HAN REALIZADO AUDIOMETRÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO	SI	
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	NORMAL	

AUDIOGRAMA

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

HORAS REPOSO AUDITIVO (HORAS)	8	
EQUIPO	Oscila SM950	
FECHA DE CALIBRACIÓN	30/05/2019	
DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO		
O.D.	AUDICIÓN NORMAL PARA LAS FRECUENCIAS CONVERSACIONALES CON DESCENSO MODERADO EN 6000 HERTZ.	
O.I.	AUDICIÓN NORMAL PARA LAS FRECUENCIAS CONVERSACIONALES CON DESCENSO MODERADO EN 6000 HERTZ.	

OBSERVACIONES

I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

HISTORIA CLINICA AUDITIVA

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.19 PM

CONDUCTA A SEGUIR

VALORACIÓN CONFIRMATORIA	NO	
CONTROL EN UN (1) AÑO	SI	
CONTROL EN SEIS (6) MESES	NO	
REMISIÓN MÉDICO EPS	NO	
DOTAR EPP	NO	
DOTAR DOBLE EPP	NO	
CONTINUAR USO EPP	NO	
REMISIÓN ORL EPS	NO	

Declaro que he autorizado la realización del examen medico ocupacional que incluye el suministro de información personal sobre mis antecedentes médicos, examen físico ocupacional y toma de pruebas complementarias. Declaro que entiendo la necesidad de estas pruebas y que he recibido la información pertinente al respecto.

Sandra Milena Giraldo Lopez
FONOAUDIOLOGA
Res. 76-8260 01 Dic 2014
Universidad del Valle

SANDRA MILENA GIRALDO LOPEZ
C.C 1111777774 RM: 76 8260/2014
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA
C.C 1130671093
Firma del trabajador Evaluado



I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

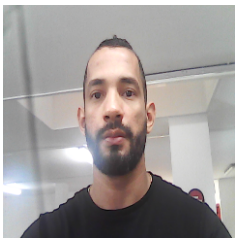
589947

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.19 PM

Fecha de cierre: 11/07/2019 16.13.02

TIPO DE EXAMEN: INGRESO
FECHA DE EXAMEN: 11/07/2019 07.33.07



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	WILLIAM GUSTAVO										
APELLIDOS	VALENCIA SAAVEDRA										
TIPO DE IDENTIDAD	CC	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD**			1130671093						
FECHA NACIMIENTO	11/11/1986			**AÑOS**	32	**SEXO**	M				
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**		CALI								
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)		**NIVEL DE ESCOLARIDAD**		null	**PESO**	75	KG.			
TALLA	176	MTS	**IMC**	24.21	**PRESION ARTERIAL**	120/80	**TELEFONOS**	3358190 - 3188711676			
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA		**MUNICIPIO**	CALI	**DIRECCION**	CRR 29A 27-21					
EPS	SURA E.P.S.				**ARL**	NO REFIERE					
FONDO DE PENSIONES	COLFONDOS										

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE	PARTICULAR		
CONVENIO COMERCIAL	SENA		
CARGO A DESEMPEÑAR	DOCENTE		
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	MENOS DE 1 AÑO	**AREA**	DOCENCIA

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA	OPTOMETRIA
ORDEN DE SERVICIO	PRUEBA PSICOTECNICA
ANEXO ESTADO DE SALUD	ANEXO LABORATORIOS
ANEXO LABORATORIOS	ANEXO LABORATORIOS
CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)	GLUCOSA PRE
HEPATITIS B, ANTICUERPOS CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE	PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO: APTO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL .

RECOMENDACIONES

- VALORACIÓN EPS OTORRINO, USO DE ANTEOJOS PERMAMENTE
REQUIERE REALIZAR ESQUEMA DE VACUNACION PARA HEPATITIS B- SE SIGUIERE COMPLETAR CON TETANO, HEPATITIS A, VARICELA E INFLUENZA.
- SE RECOMIENDA CONSUMO DE FRUTAS VERDURAS, EJERCICIO 45 MIN AL DIA CARDIOVASACULAR, SE RECOMIENDA FOMENTO EN ESTILOS DE

RECOMENDACIONES GENERALES

NUNGUNO
REPORTAR TODO ACCIDENTE DE TRABAJO
HABITOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS

REMISION A PROGRAMA DE VIGILANCIA

NINGUNO
PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVO
PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VISUAL

I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

589947

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.19 PM

Fecha de cierre: 11/07/2019 16.13.02

WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA CC 1130671093

IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA S.A.S. Hace constar que realizó examen médico al trabajador y que de acuerdo a la resolución N. 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica es responsabilidad de la institución y el funcionario que firma este documento da fe que la información suministrada y registrada por el médico es veraz.

DIANA ISABEL CARRILLO PEREA
RM 764247 L.S.O. 2173
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA
C.C 1130671093
Firma del trabajador Evaluado



I. P. S.
OCUPACIONAL
SANTA CLARA
PROTEGEMOS
SU BIENESTAR EMPRESARIAL

IPS SANTA CLARA

Reporte de Prueba

No.: 12
Nombre: WILLIAM VALENCIA
Sexo: Edad:
Tipo de muestra: Sangre completa
Referencia: General
Medico No.: Cama No.: 1130671093
Dept.: Solicitante:
Inspector: Verificador:
Test Hora: 07/11/2019 07:36:46

Item	Resultado	Referencia	Nota
WBC	5.19 10^3/uL	5.00-10.00	
LYM%	56.7 %	20.0-50.0	H
MID%	7.9 %	3.0-10.0	
GRA%	35.4 %	40.0-70.0	L
RBC	5.38 10^6/uL	3.80-5.80	
HGB	15.5 g/dL	12.0-17.0	
HCT	46.4 %	36.0-51.0	
MCV	86.1 fL	80.0-99.0	
MCH	28.8 pg	26.5-33.5	
MCHC	33.4 g/dL	32.0-36.0	
RDW-SD	46.8 fL	35.0-56.0	
RDW-CV	11.7 %	10.0-15.0	
PLT	303 10^3/uL	150-450	
MPV	6.4 fL	7.0-11.0	L
PDW	14.8 %	10.0-18.0	
PCT	0.192 %	0.100-0.500	
P-LCR	13.5 %	13.0-43.0	

Imp fecha: 07/11/2019

CARLOS CUELLO & CIA.

MEDICINA DE LABORATORIO Y PATOLOGIA DIAGNOSTICA

NIT : 800.109.457-4

FECHA INGRESO	: 11/07/2019	FECHA MUESTRA 11/07/2019		MATRICULA	: 25521
PACIENTE	: 1130671093	WILLIAM VALENCIA			
EDAD	: 32 Años			SEXO	: Masculino
DIRECCION	:			FECHA REPORTE	: 11/07/2019
TELEFONO	:			HORA REPORTE	: 14:10
ENTIDAD	: IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA SAS			REFERENCIA	:
MEDICO	: MEDICO GENERAL				

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
**** Acs CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE (antiHBs**	**0.0**	**mUI/mL**	**POSITIVO: Mayor de 12.0** **INDETERMINADO: Mayor-igual a 8.0 y Menor-igual a 12.0** **NEGATIVO: Menor de 8.0**

TECNICA: **QUIMIOLUMINISCENCIA ENZIMATICA AMPLIFICADA.**

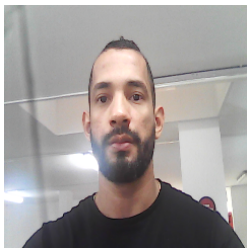
JANETH PARRA SAENZ
Bacteriólogo
Reg. **761962** **C.C. 66.864.134**

I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

INFORME DE LABORATORIO

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.19 PM

FECHA DEL EXAMEN 2019-07-11 08:05:00



DATOS INSTITUCION

NOMBRE	IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA	**NIT**	900207684-2
DIRECCION	CALLE 23AN No 2N-75 - B/ San Vicente Cali-Valle	**E-MAIL**	contactenos@santaclara.com.co
TELEFONOS	6682828 - 3174412726 - 3174399466 - 3183482110		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	WILLIAM GUSTAVO								
APELLIDOS	VALENCIA SAAVEDRA								
IDENTIFICACION	CC	1130671093	**EDAD**	32 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	O +	
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)		**ESCOLARIDAD**		**FECHA DE NACIMIENTO**		11/11/1986		
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**		CALI		**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	0	
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA		**MUNICIPIO**	CALI	**DIRECCION**		CRR 29A 27-21		
TELEFONOS	3358190 - 3188711676	**ARL**	NO REFIERE			**EPS**	SURA E.P.S.		

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

EXAMEN SOLICITADO / TÉCNICA UTILIZADA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO DE BLANCOS	0	10^3x mm^3	4.3 - 10
NEUTROFILOS	0	%	46 - 72
NEUTROFILOS #	0	10^3x mm^3	2.25 - 8.48
LINFOCITOS	0	%	20 - 47
LINFOCITOS #	0	10^3x mm^3	0.9 - 4.52
MONOCITOS	0	%	0 - 11
MONOCITOS #	0	10^3x mm^3	0.2 - 0.7
EOSINOFILOS	0	%	2.0 - 4.0
EOSINOFILOS #	0	10^3x mm^3	0.04 - 0.5
BASOFILOS	0	%	0 - 1
BASOFILOS #	0	X 10 3/ul	0 - 0.1
RECUENTO DE ROJOS	0	10^6x mm^3	4.5 - 6
HEMATOCRITO	0	%	42 - 52
HEMOGLOBINA	0	g/dl	12.5 - 17
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	0	fL	80 - 100
MCH	0	pg	28 - 33
MCHC	0	%	33 - 36
RDW	0	%	11.5 - 15
PLAQUETAS	0	10^3x mm^3	150 - 450
MPV	0	fL	7.0 - 11.0

GLUCOSA PRE PRANDIAL

EXAMEN SOLICITADO / TÉCNICA UTILIZADA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO TÉCNICA: QUÍMICA SECA	95	mg/dl	74- 106 mg/dl
OBSERVACIONES	0		

PERFIL LIPIDICO

EXAMEN SOLICITADO / TÉCNICA UTILIZADA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO COLESTEROL TOTAL	180	mg/dl	hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES COLESTEROL TOTAL	0		

I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

INFORME DE LABORATORIO

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.19 PM

RESULTADO COLESTEROL HDL	17	mg/dl	mayor de 35 mg/dl
OBSERVACIONES COLESTEROL HDL	0		
RESULTADO TRIGLICERIDOS	76	mg/dl	hasta 150 mg/dl
OBSERVACIONES TRIGLICERIDOS	0		
RESULTADO COLESTEROL LDL	147.80	mg/dl	hasta 130 mg/dl
OBSERVACIONES COLESTEROL LDL	0		
RESULTADO COLESTEROL VLDL	15.20	mg/dl	menor de 30 mg/dl
OBSERVACIONES COLESTEROL VLDL	0		
RESULTADO INDICE ARTERIAL	10.59		hasta 5.0
OBSERVACIONES INDICE ARTERIAL	0		
OBSERVACIONES GENERALES			

EXAMEN SOLICITADO / TÉCNICA UTILIZADA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
HEPATITIS B, ANTICUERPOS CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE (ANTI-HBS)	0		

Declaro que he autorizado la realización del examen medico ocupacional que incluye el suministro de información personal sobre mis antecedentes médicos, examen físico ocupacional y toma de pruebas complementarias. Declaro que entiendo la necesidad de estas pruebas y que he recibido la información pertinente al respecto.

Dra Maria Claudia Diaz Torres
C.C 1.047474585
Bacteriologa

MARIA CLAUDIA DIAZ TORRES
C.C 1047474585 R:M 1047474585
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM GUSTAVOVALENCIA SAAVEDRA
C.C 1130671093
Firma del trabajador Evaluado



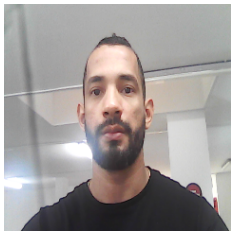
I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.18 PM

FECHA DE EXAMEN: 11/07/2019 07.23.51

TIPO DE EXAMEN INGRESO



DATOS INSTITUCION

NOMBRE	IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA	**NIT**	900207684-2
DIRECCION	CALLE 23AN No 2N-75 - B/ San Vicente Cali-Valle	**E-MAIL**	contactenos@santaclara.com.co
TELEFONOS	6682828 - 3174412726 - 3174399466 - 3183482110	**SEDE**	PRINCIPAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	WILLIAM GUSTAVO								
APELLIDOS	VALENCIA SAAVEDRA								
IDENTIFICACION	CC	1130671093	**EDAD**	32 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	O +	
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	**ESCOLARIDAD**		**FECHA DE NACIMIENTO**	11/11/1986				
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	CALI	**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	0			
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA	**MUNICIPIO**	CALI	**DIRECCION**	CRR 29A 27-21				
TELEFONOS	3358190 - 3188711676	**ARL**	NO REFIERE	**EPS**	SURA E.P.S.				

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR	**AREA**	.....
CONTRATISTA	.	**CARGO A DESEMPEÑAR**	DOCENTE
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	MENOS DE 1 AÑO		

ANAMNESIS

Nombre	Concepto	Observaciones
ULTIMO EXAMEN	MÁS DE 2 AÑOS	
USA RX	SI	
TIPO	OTROS	COMPUTADOR
OBSERVACIONES	NO LAS TRAE	

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre	Concepto	Observaciones
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
DIABETES	NO	
TRIGLICÉRIDOS	NO	
PTERIGION	NO	
GLAUCOMA	NO	
OTROS	NO	
TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS	NO	
CX	NO	

ANTECEDENTES LABORALES

Nombre	Concepto	Observaciones
FISICOS	NINGUNO	
QUIMICOS	NINGUNO	
FISICOS - QUIMICOS	NINGUNO	
ELECTRICOS	NINGUNO	
BIOLOGICOS	NINGUNO	
ERGONOMICOS	NINGUNO	
OTROS		

SIGNOS Y SINTOMAS ACTUALES

Nombre	Concepto	Observaciones
MALA VISION DE LEJOS	NO	
MALA VISION DE CERCA	NO	
BAJA VISIÓN NOCTURNA	NO	
CANSANCIO	NO	
CEFALEA	NO	

LAGRIMEO	NO	
PRURITO	NO	
ENROJECIMIENTO	NO	
ARDOR	NO	
SECRECION	NO	
DESVIACIÓN OCULAR	NO	
FOTOFOBIA	NO	
RESEQUEDAD	NO	
OTROS	NO	

EXAMEN

Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	
LEJOS OD	20/50	
LEJOS OI	20/20	
CERCA OD	1.50 M	
CERCA OI	0.50 M	
RX EN USO		
EXAMEN EXTERNO		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OD	NORMAL	
OI	NORMAL	
ESTADO MOTOR		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
VISION LEJANA	ORTHO	
VISION PROXIMA	EXOFORIA	
PPC	NORMAL	
OFTALMOSCOPIA		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OJO DERECHO	NORMAL	
OJO IZQUIERDO	NORMAL	
REFRACCION		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OJO DERECHO	+1.25-1.50 X 180	
AVL OD		
OJO IZQUIERDO	N-0.25*0	
AVL OI		
SUBJETIVO (RX FINAL)		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OJO DERECHO	+1.25-1.50 X 180	
AVL OD	20/20	
OJO IZQUIERDO	N-0.25*0	
AVL OI	20/20	
ADD		
AVC	0.50 M	AO
VISION CROMATICA		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OJO DERECHO	NORMAL	
OJO IZQUIERDO	NORMAL	
ESTEREOPSIS		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
CON RX ACTUAL	NORMAL	40" DE ARCO
CON RX NUEVA	NORMAL	40" DE ARCO

DIAGNOSTICO

I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.18 PM

DIAGNOSTICO 1	ASTIGMATISMO	AO
DIAGNOSTICO 2		
DIAGNOSTICO 3	HIPERMETROPIA	OD
DIAGNOSTICO 4		
DIAGNOSTICO 5		
DIAGNOSTICO 6		
DIAGNOSTICO 8		
DIAGNOSTICO 9		
OTROS		

RECOMENDACIONES

Nombre	Concepto
RECOMENDACIONES	

OBSERVACIONES

Nombre	Concepto
OBSERVACIONES	
ANTIGUEDAD (DEL USO DE LENTES)	

CONDUCTA A SEGUIR

Nombre	Concepto	Observaciones
CONTROL EN UN (1) AÑO	SI	
REMISION ORTOPTICA	NO	
CONTROL EN SEIS (6) MESES	NO	
REMISION OFTALMOLOGIA	NO	
DOTAR EPP (GAFAS DE SEGURIDAD)	NO	
USO DE CORRECIÓN ÓPTICA	SI	USO PERMANENTE
OTROS		

Certifico que he comprendido el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de los exámenes, también certificado que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen, fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados; autorizo expresamente a la IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA SAS, para que informe a mi empresa y/o ARL como administradora de riesgos laborales a la cual estoy afiliado(a) sobre las condiciones de mi estado de salud que podrían estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral.



JOSE GREGORIO GOMEZ ECHEVERRY
RM: 486-15

Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM GUSTAVO
C.C 1130671093

Firma del trabajador Evaluado



I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 11/07/2019 4.18 PM

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	WILLIAM GUSTAVO							
APELLIDOS	VALENCIA SAAVEDRA							
IDENTIFICACION	CC	1130671093	**EDAD**	32 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	O +

SUBJETIVO (RX FINAL)

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	+1.25-1.50 X 180
AVL OD	20/20
OJO IZQUIERDO	N-0.25*0
AVL OI	20/20
ADD	
AVC	0.50 M



JOSE GREGORIO GOMEZ

RM: 486-15

Firma y sello del Médico Evaluador

I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

CONCEPTO DE PRUEBAS PSICOTECNICAS			
Fecha	11 Julio 2019	**Documento**	1130671093
Nombre	WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA	**Edad**	32 años
Escolaridad	Post-grado	**Cargo**	Profesor

ANALISIS RESULTADOS

De acuerdo a la interpretación de los resultados arrojados por la prueba permiten interpretar que William Gustavo Valencia Saavedra, tiene el don particular de resolver los problemas de los demás. Impresiona con su afecto, empatía y comprensión. Le es fácil encontrar lo bueno en las personas y asume una actitud optimista. Prefiere tratar con la gente sobre la base de una relación íntima. Al saber escuchar, en especial a los problemas, es discreto en sus sugerencias y no trata de imponer sus ideas a los demás.

Suele ser en extremo tolerante y paciente con las personas que no rinden en el trabajo. Bajo presión, se le dificulta confrontar los problemas de desempeño en forma directa. Suele ser demasiado indirecto para ordenar, exigir o disciplinar a otros. Con su actitud de que la "gente es importante", suele dar menos importancia al rendimiento. En ocasiones requiere ayuda para fijar y cumplir fechas límites realistas.

A menudo, toma la crítica como una afrenta personal, pero responde en forma positiva si recibe atención y cumplidos por un trabajo bien hecho. Cuando tiene un puesto de responsabilidad, suele prestar atención a la calidad de las condiciones de trabajo y proporcionar reconocimiento adecuado a los miembros de su equipo.

Por otra parte para el evaluado, el área intelectual (Valor VERDAD) es la más importante. El área menos importante es la espiritual (Valor NO VIOLENCIA).

El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas,

respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

Cabe anotar que de acuerdo a las pruebas realizadas al evaluado, se puede calificar como una persona apta para desempeñarse en el cargo para el cual es requerido de forma normal, sin ningún tipo de inconveniente psicológico.

OBSERVACIONES

Ivonne Marín L.

Ivonne Marín Lozano
Psicóloga
Reg. 760628-2019
T.P. 191351

Hace constar:

Que el Sr(a) WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1130671093 realizó el día 25/06/2020 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 WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1130671093 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

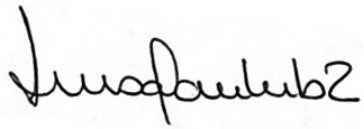
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.130.671.093, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 14/04/2020 y fecha fin de contrato 16/10/2020 con riesgo 3.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001016200831.

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de Junio de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Jueves, 25 de Junio de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que WILLIAM GUSTAVO VALENCIA SAAVEDRA identificado(a) con CC 1130671093, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	60591971401	2013/01/04	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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	**CALI**	**45**	**45-44-101114715**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
11	**06**	**2020**	**11**	**06**	**2020**	**00:00**	**10**	**04**	**2021**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
VALENCIA SAAVEDRA, WILLIAM GUSTAVO	**CC: 1130.671.093**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CR 29 A NRO. 27 - 21	CALI, VALLE	3188711676

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL VALLE	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 52 NRO. 2 BIS. - 15	CALI, VALLE	4315800

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LA EJECUCIOON DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. C01.PCCNTR.1499118 DE 2020, QUE TIENE POR OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR ORIENTAR LA FOPRMACION PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACION EN SUS DIFERENBTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD.

ASGURADO/BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-REGIONAL VALLE- CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	11/06/2020	10/04/2021	$2,274,090.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ ***********32,130.00	$ ********2,274,090.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.	954850	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-44-101114715

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-44-101114715	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
11	06	2020	11	06	2020	00:00	10	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
VALENCIA SAAVEDRA, WILLIAM GUSTAVO	CC: 1130.671.093

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CR 29 A NRO. 27 - 21	CALI, VALLE	3188711676

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL VALLE	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 52 NRO. 2 BIS. - 15	CALI, VALLE	4315800

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard Diners Club International AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gran Ganga · Efecty · Coopidrogas

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ ***********32,130.00	$ ********2,274,090.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.	954850	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11011634183216(3900)000000032130(96)20210611

REFERENCIA PAGO:

1101163418321-6

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE