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 FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**950810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**96147-660529**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.030.545.949	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	njamado9@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	007500829861
IP/Nº de contacto:	3006894822	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7383254/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**5325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTORES PSP-DC-CFAFC-027-2025 APOYAR FORMACION TECNICA TECNOLOGICA COMPLEMENTARIA				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**03/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 49.674.719
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.674.719
Valor Bruto Pago:	**$ 4.292.877,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.381.842

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.292.877	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	**$ 4.292.877**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.845.377**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9480000886**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.717.151	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.000	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 949.000	
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	2.845.377,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.803.377,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	36.741,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.256.136,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formacion presencial al tecnologo en actividad fisica en las fichas asignadas por la coordinacion 2025

Ficha 3065408 Competencia: Dirigir Resultado: Identificar los lineamientos y parámetros en los hábitos y estilo de vida del participar

Ficha 2846228 Competencia: Dirigir Resultado: Implementar programa de actividad física en la población objeto de acuerdo con criterios

Ficha 2873903 Competencia: Programar Resultado: Intervenir de manera individual o grupal a la población objeto con programas de activ

Ficha 2873891 Competencia: Programar Resultado: Intervenir de manera individual o grupal a la población objeto con programas de activ

Ficha 2873913 Competencia: Programar Resultado: Intervenir de manera individual o grupal a la población objeto con programas de activ

Ficha 2930809 Competencia: Programar Resultado: Establecer el plan de acción de acuerdo con requerimientos del programa de actividad f

Ficha 2930799 Competencia: Programar Resultado: Establecer el plan de acción de acuerdo con requerimientos del programa de actividad f

Ficha 2930801 Competencia: Programar Resultado: Establecer el plan de acción de acuerdo con requerimientos del programa de actividad f

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

NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ
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,

ALIX JOHANA USCATEGUI CIENDUA
INSTRUCTOR G19

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)

17/02/25 12:39:17 USUARIO: SIC - C.C. 1030545949

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030545949		AMADO GUTIERREZ NILSON JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72N # 39-65 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8126541	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1180700529	9480000886	I	2025/01/14	2025/01/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$385,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1030545949	AMADO NILSON	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$7,800	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030545949		AMADO GUTIERREZ NILSON JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72N # 39-65 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8126541	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1180700529	9480000886	I	2025/01/14	2025/01/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$385,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$0	$0	$7,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,800	$0	$0	$7,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$385,100	$0	$0	$385,100

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **NILSON JESUS**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1030545949** y es titular de la cuenta terminada en ****9861** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
08/02/2025	$ 413.300,00	APORTES EN LINEA	1253521466	53521466

Se expide en Bogotá, el 17-02-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1030545949, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230202	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27888939

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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:

NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.545.949**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2025.

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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141162591178

(415)7707212489984(8020) **000014116259117 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 5 4 5 9 4 9	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 5 4 5 9 4 9	

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
AMADO	GUTIERREZ	NILSON	JESUS

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: CR 72 N 39 65 SUR BRR CARIMAGUA 17 AP 364

42. Correo electrónico: jag-6-6@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 8 4 1	6 0 1 8 1 2 6 5 4 1	3 1 5 5 6 4 9 0 4 3

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

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 AMADO GUTIERREZ NILSON JESUS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ** identificado con **CC** No. **1030545949**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 03/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 26/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 202501012598832.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Hace constar:

Que el Sr(a) NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030545949 realizó el día 17/02/2025 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:

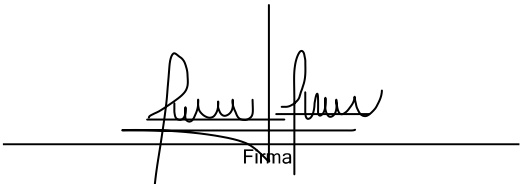
Yo NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030545949 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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.



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) NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030545949 el día 17/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **17/02/2025**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1030545949**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**007500829861**
Fecha de apertura	**05/05/2010**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C.

FECHA: 13 DE FEBRERO 2023

SEÑORES: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL CON ÉNFASIS MUSCULOESQUELÉTICO, CARDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL

EXAMEN MÉDICO: INGRESO: [X] EGRESO: [ ]

Me permito certificar que: **AMADO GUTIÉRREZ NILSON JESÚS,** EDAD: 33 AÑOS

Identificado con cédula de ciudadanía N°**1030545949** DE BOGOTÁ

CARGO: SOPORTE DE ACOMPAÑAMIENTO A LA FORMACIÓN VIRTUAL

Una vez practicado el EXÁMEN MÉDICO LABORAL, se encuentra:

APTO SIN RESTRICCIONES	X
APTO CON RESTRICCIONES	
NO APTO	

VISIOMETRÍA: AGUDEZA VISUAL LEJANA Y CERCANA AMBOS OJOS: 20/20 SIN CORRECCIÓN.

EXAMEN PSICOSOCIAL: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO DE ACUERDO A LA VALORACIÓN REALIZADA. GLICEMIA: EN LÍMITES NORMALES.

RECOMENDACIONES: SOLO LAS SIGUIENTES.

	Control periódico por EPS	X	Control Periódico Ocupacional		Dieta
	Remisión EPS	X	Higiene Postural	X	Ejercicio regular 3 veces a la semana
	Continuar Manejo Médico	X	Utilización EPP		Dejar hábito de fumar
	Seguimiento caso ARL	X	Pausas Activa Periódicas		Reducir consumo de alcohol

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Eh autorizado al doctor abajo mencionado, a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado (s) en este documento. Conforme quedo registrado en la historia clínica ocupacional. El Doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es). He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el objetivo, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) a partir de la asesoría brindada antes de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomaran LA UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM, para proteger la confidencialidad de mis resultados recibidos del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dad por mí en este examen (es) médico (s) son completas y verídicas. Autorizo a LA UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM, para que suministre a la las personas o a las personas contempladas para el buen cumplimiento del sistema en seguridad y salud en el trabajo

JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS **MÉDICO Y CIRUJANO** **ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL** **LIC S.O. 3235/2017** **RM 4612476-1244** **FIRMA Y SELLO**	**ASPIRANTE O TRABAJADOR** **AMADO GUTIÉRREZ NILSON JESÚS, CC 1030545949**	**HUELLA**

JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS
MÉDICO Y CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. 50.3235/2017
R.M. 4612476 -1244

Av. Primero de Mayo TV 74 # 40 B 69 sur 2° piso

Tel 2652890 Celular 3137314040

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 / NIT: 18590065-3.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO	OCUPACIONAL PERIÓDICO	POST OCUPACIONAL O EGRES.
X	☐	☐

BOGOTÁ DC. 07 DE FEBRERO DEL 2023. CONVENIO: SENA CARGO: INSTRUCTOR

TRABAJADOR: NILSON JESUS AMADO GUTIERREZ / IDENTIFICACIÓN:1.030.545.949/EDAD:34 AÑOS / SEXO: M

EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*

FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

SERVICIO: CONSULTA OCUPACIONAL

SEDE/ORDEN:1110/005505

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL		HEMOCLASIFICACION	AB+
2. CUADRO HEMATICO				NORMAL		PSICOTEST DE ALTURA	NORMAL
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				AV DL Y DC		PRUEBAS NEUROLOGICAS	NORMAL
4. GLICEMIA				NORMAL		OSTEOMUSCULAR	NORMAL
5. P. LIPIDICO, COLES. - TRIG.				NORMAL		ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL
6.V/F	F/C	81 L/M	PESO	78 Kg	ESTATURA	1.80 CM	T/A	120/80 mmHg

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS SIN RESTRICCIONES	*X*
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de la información, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR cc: 1.030.545.949	HUELLA INDICE DERECHO

Dr. José E. Olivera M.
MÉDICO GENERAL
Y OCUPACIONAL
RMP.88099

Centro Médico de Especialistas
Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya.
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 NIT 18590065-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:

Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 19 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
Fc: 81 x min. TA: 120/80 mmHg.

Abdomen: Plano, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración no visceromegalia.

(SOMA): SISTEMA OSTEOMUSCULAR:
Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias. Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada.
Maniobra de tinel y phanel negativa.

Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual 20/20. Miopía leve [uso de correctivos]

SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.
- ✓ Rombert - Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

Impresión Diagnostica: **Paciente sano.**

NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO — SI (X) — NO ( )
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS — SI (X) — NO ( )

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 1.030.545.949	HUELLA INDICE DERECHO

Dr. José E. Olivera M.
MÉDICO GENERAL
Y OCUPACIONAL
RMP.88099