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	**59166-868762**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.334.354	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	comgarciac@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	570451870014227
IP/Nº de contacto:	3118196234	**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:	7459411/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**16725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA APOYAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL CONFORME A LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA, EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS TÉCNICOS, TECNOLÓGICOS Y/O COMPLEMENTARIOS DEL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**11/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.448.183
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.448.183
Valor Bruto Pago:	**$ 3.066.341,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.381.842

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.066.341	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.066.341**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.759.407**	**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		----------	**32197501**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 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		$ 306.634	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 587.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.759.407,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.660.541,00	
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	25.701,00	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	**$3.040.640,00**	

SON: TRES MILLONES CUARENTA MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación en los programas tecnológicos de Actividad Física y Entrenamiento Deportivo, de acuerdo con la programación asignada por la coordinación academica de titulada deportes.

Fichas a cargo: 3065435, 2992145, 3114634, 3065433, 3114632, 2873903.

Competencias desarrollas: 1. Asistir personas primer respondiente 2. Programación del ejercicio físico de acuerdo con parámetros.

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

CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO
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)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO
IDENTIFICACIÓN:	CC-52334354
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-01-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-02-13
FECHA DE PAGO:	2025-01-27
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-01
PERÍODO SALUD:	2025-01
NÚMERO PLANILLA:	32197501
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32197501
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500	$ 7.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300	$ 413.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/03/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO
IDENTIFICACIÓN:	CC-52334354
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-02-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-01-15
FECHA DE PAGO:	2025-01-09
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-12
PERÍODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	31865971
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31865971
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 377.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/02/2025

44 de 1,249

PSE Transacción Aprobada - CUS 1222240803 ✅ Recibidos ×

serviciopse@achcolombia.com.co
para mí

27 ene 2025, 12:14



¡Hola, CONSTANZA M. GARCIA CASTRO!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1222240803
Empresa: ASOPAGOS
Descripción: Pago de seguridad Social Integrado
Valor de la Transacción: $ 413.300
Fecha de Transacción: 27/01/2025

Pago exitoso Recibidos ×

NEQUI <somos@nequi.com.co>
para mí

lun, 27 ene, 12:14

¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en ASOPAGOS por $413.300,00
Fecha: El 27 de enero de 2025
Hora: 12:14 PM

Puedes ingresar a tu app Nequi en la opción de Movimientos y revisar el detalle de este pago.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos al chat de nuestra página web: www.nequi.com.co en el botón de "Ayuda" o llama a la línea de atención: (+57) 300 600 0100

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO identificado(a) con Cedula Ciudadania 52334354, 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
20230815	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
JUAN ANDRES ORDUZ GARCIA	HI	1031808806	CC	20230815	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

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
27876660

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52334354,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141160749811

(415)7707212489984(8020) 000014116074981 1

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

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
GARCIA	CASTRO	CONSTANZA	MARIA

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 65 A 68 B 22

42. Correo electrónico garciaccm.22@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 7 1	3 1 1 8 1 9 6 2 3 4	3 0 5 9 0 8 1 6 1 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 1 3 0 1 1 7	8 6 9 2	2 0 1 3 0 1 1 7					

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

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 GARCIA CASTRO CONSTANZA MARIA

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, **CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO** identificado con **CC** No. **52334354**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 11/02/2025 **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): 202501012542788.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 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) CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52334354 realizó el día 14/02/2025 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 CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52334354 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.

Constanza M. García C.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52334354 el día 14/02/2025 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., **14/02/2025**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **52334354**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**451870014227**
Fecha de apertura	**16/04/2008**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 11 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	1031808806	JUAN ANDRES ORDUZ GARCIA	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,

Constanza M. Garcia C.

CONSTANZA MARIA GARCIA CASTRO
C.C. 52334354

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

QUALITAS SALUD LTDA. Nit: *800132210-9*
Castellana: *CRA 46 No. 93-07 Teléfono: (1) 7442412*
www.qualitas-salud.com

CODIGO: SO-FR-02
VERSION: 10
VIGENTE DESDE
04/07/2018

INFORMACIÓN GENERAL



Fecha Impresión:	Bogotá - 23-01-2023 10:24:03	**Origen:**	PARTICULAR - SENA
Paciente:	**GARCIA CASTRO CONSTANZA MARIA**	**Destino:**	CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FISICA Y CULTURA
CC.:	52334354	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Tipo Evaluación:	PERIODICO	**Nro. Ingreso:**	197581
Fecha Ingreso:	23-01-2023 08:11:07	**Fecha Egreso:**	23-01-2023 10:24:03

DESCRIPCIÓN DEL CARGO: ORIENTAR FORMACION

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

AUDIOMETRIA CON CABINA	APTO	**COLESTEROL ALTA DENSIDAD (HDL)**	NORMAL
ESPIROMETRIA	APTO		
OPTOMETRIA	APTO	**COLESTEROL BAJA DENSIDAD (LDL)**	ALTERADO
PRUEBA OSTEOMUSCULAR	APTO	**COLESTEROL TOTAL**	NORMAL
PRUEBA PSICOLOGICA	APTO	**GLICEMIA**	NORMAL
		TRIGLICERIDOS	NORMAL

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO:	CON RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES
CONCEPTO - INSTRUCTOR:	CERTIFICACION CONCEPTO PROFESIONA **INTERVIENE**
RESTRICCIONES MEDICAS:	MD: NO REALIZAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN TRABAJO EN ALTURAS. AUDIO: Ninguna ESPIRO: Ninguna OPTO: Alteración visual adecuadamente corregida, Requiere corrección uso Esfuerzo Visual.
RECOMENDACIONES MEDICAS:	MD: SEGUIMIENTO Y CONTROL POR NUTRICION EPS, DIETA Y EJERCICIOS. AUDIO: Control anual, uso de EPA en exposición a ruido mayor a 85dB ESPIRO: Uso epp respiratorio según cargo, control anual, estilos de vida y hábitos saludables. OPTO: Pausas visuales, Filtro Antirreflejo, Control Anual de acuerdo con formulación.

Las restricciones y recomendaciones dadas por el Médico Ocupacional están conforme a lo establecido por las resoluciones 2346 de 2007, 1918 de 2009 y demás normas aplicables y concordantes, profesiogramas y protocolos propuestos por la empresa contratante, para definir la aptitud del paciente para laborar.

SEGUIMIENTO Y CONTROL

☑ Control por Optometría	☑ Control por Nutrición	☐ Control por Psicología	☐ Control por Cardiología
☐ Control por Otorrinolaringología	☐ Control por Laboratorios	☐ Control por Neurología	☐ Medicina General
☐ Control Ortopedia	☐ Dermatología	☐ Neumología	☐ Ginecología

CONDUCTA

☑ Remitir a E.P.S. - Especialista	☐ No suspender medicación	☑ Pausas activas laborales	☑ Acatar Normas SST de la Empresa
☐ Acatar recomendaciones dadas por el Médico tratante	☑ Manejo de cargas o posturas	☑ Uso E.P.P.	☑ Examen periódico ocupacional Anual

SISTEMA DE VIGILANCIA

☑ Biomecánico	☑ Psicolaboral	☑ Cardiovascular	☐ Químico
☐ Auditivo	☐ Visual	☐ Respiratorio	☐ Biológico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo la realización del examen médico ocupacional y exámenes complementarios, solicitados por la empresa de acuerdo con el perfil del cargo. He sido informado de cada uno de los procedimientos por el profesional competente. Declaro que la información que he suministrado es verídica y puede ser confirmada; no tengo impedimento mental, ni social para laborar. El empleador debe seguir y ejecutar las recomendaciones registradas en este documento por el Médico Ocupacional.





Profesional Ocupacional: ANTONIO CARLOS GOMEZ GAMARRA
Registro S.O.: 92027608

Firma del Paciente: GARCIA CASTRO CONSTANZA MARIA
Identificación: C.C. - 52334354

Registro de Marca de la Superintendencia de Industria y Comercio. Derechos reservados a QUALITAS SALUD LTDA. Prohibida su reproducción.