

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11	
			Código Centro		940410	
			Fecha Elaboración		Febrero de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
			ID de Proceso		23571-768590	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		ORLANDO ALARCON SILVA		Banco a consignar:		BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía		79.248.963		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		orlando.alarcon1429@gmail.com		Número de Cuenta:		142023159
IP/N° de contacto:		3108850697		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						SI
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						SI
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						
N° del contrato:		7433014/2025		N° Compromiso SIIF		9725
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subse des y organizaciones, ejecutando acciones				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		10/02/2025		Al		28/02/2025
Número de pago		1		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:		\$ 3.219.658,00		Valor Total del Contrato:		\$ 27.597.066
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 24.377.408
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 3.219.658		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		\$ 3.219.658		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.275.158		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Febrero		Enero		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		0		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500		\$ 0		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 0		\$ 0		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 7.500		\$ 0		Reteica - 8299 - BOGOTÁ
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		\$ -				Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ -				Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 22.949.039		\$ 759.000		Otras Retenciones
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0				
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$3.190.276,00
SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Apoyar el desarrollo de la formación profesional integral de acuerdo con la programación de las fichas de caracterización.						
Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integral.						
Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito.						
Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices.						
Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices y el reconocimiento de aprendizajes.						
Gestionar oportunamente los informes mensuales (planillas, reportes, formatos) requeridos sobre las acciones encomendadas.						
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						
ORLANDO ALARCON SILVA 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 periodo 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,						
LUIS ALEJANDRO CARREÑO HERNANDEZ INSTRUCTOR						
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 VIVIANA GOMEZ VARGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)						

[illegible]



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN
GRUPO GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACION Y VALIDACION DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 1715651

Que el(la) señor(a) T24 ORLANDO ALARCON SILVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía 79248963 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (ARC) a través de PENSIONADOS MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de Abril de 2001.

Que en razón de lo anterior su empleador o administrador de pensiones deberá dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.13.5 inciso 4, que a la letra reza: «[...]Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero o compañera permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces. Los servicios de salud serán prestados, exclusivamente a través del régimen exceptuado o especial y podrá recibir las prestaciones económicas que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud en proporción al ingreso base de cotización por el que efectuó los aportes al Sistema. Para tal efecto, el aportante tramitará su pago ante el FOSYGA o quien haga sus veces»

Dada en Bogotá D.C., el día 18 de febrero de 2025

Mayor CRISTOBAL EMILIO ROJAS ROJAS
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTAL SIS

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
SECRETARIA GENERAL

RESOLUCIÓN NO. 2733 DE 29 JUL 2010

Por la cual se reconoce y ordena el pago de una Pensión Mensual de Jubilación, con fundamento en el Expediente MDN No. 3565 de 2010.

EL DIRECTOR DE VETERANOS Y BIENESTAR SECTORIAL DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

En ejercicio de las facultades que le confiere la Resolución No. 4158 de 2007, y

CONSIDERANDO:

Que el Técnico de Servicios Código 5-1 Grado 24 de la Unidad Gestión General, ORLANDO ALARCON SILVA, fue dado de alta el 09 de agosto de 1993 y su retiro se produjo el 31 de julio de 2010, (folio 5).

Que según Hoja de Servicios No. 1-79248963 del 3 de agosto de 2010, el citado ex-funcionario prestó sus servicios al Ministerio de Defensa Nacional, por espacio de 21 años, 9 meses y 24 días, incluida la diferencia de año laboral, el tiempo de servicio militar obligatorio y el tiempo continuo laborado con anterioridad en la Universidad Militar "Nueva Granada" (folio 5).

Que de conformidad con lo previsto en el artículo 98 del Decreto 1214 de 1.990, 1529 y 1530 de 2010, por los servicios prestados por el mencionado ex-funcionario, se consolidó el derecho al reconocimiento y pago de una Pensión Mensual de Jubilación en cuantía equivalente al 75% del último salario devengado, que fue el siguiente:

SUELDO BASICO	\$	1.038.406,00
PRIMA DE ACTIVIDAD	49.5%	514.011,00
SUBSIDIO FAMILIAR	39%	404.978,00
PRIMA DE SERVICIO	13%	134.993,00
PRIMA DE ALIMENTACION		38.903,00
1/12 PRIMA DE NAVIDAD		177.608,00
TOTAL	\$	2.308.899,00

Que en declaración de fecha 30 de julio de 2010, el señor ORLANDO ALARCON SILVA, manifiesta no estar recibiendo pensión de ninguna entidad pública ni privada, (folio 11).

Que de la suma que se reconozca por concepto de pensión de jubilación, se efectuarán los descuentos correspondientes, de acuerdo con los reportes que realicen las diferentes entidades.

Continuación de la resolución por la cual se reconoce y ordena el pago de una Pensión Mensual de Jubilación, con fundamento en el Expediente MDN No. 3565 de 2010.

RESUELVE

ARTICULO 1o. Reconocer y ordenar pagar con cargo al presupuesto del Ministerio de Defensa Nacional, una pensión mensual de jubilación a favor del ex - Técnico de Servicios Código 5-1 Grado 24 de la Unidad Gestión General, ORLANDO ALARCON SILVA, C.C. 79.248.963, Código No. 79248963, en cuantía de UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE., (\$1.731.674,00), equivalente al 75% del último salario devengado, a partir del 31 de julio de 2010.

ARTICULO 2º. La pensión antes reconocida y ordenada pagar, se cancelará de acuerdo con las disponibilidades presupuestales y se reajustará conforme lo estipula la ley.

ARTICULO 3º. El citado pensionado comprobará su supervivencia y cotizará con el 4% del valor de la pensión con destino al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a partir de la fecha de inclusión en nómina.

ARTICULO 4º. El disfrute de la pensión aquí reconocida es incompatible con el desempeño de cargos públicos, excepto los contemplados por la ley.

ARTICULO 5º. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición del cual podrá hacerse uso en la diligencia de notificación personal o dentro de los cinco (05) días hábiles, siguientes a ella, o a la desfijación del edicto, por escrito y debidamente sustentado con expresión concreta de los motivos de inconformidad, relacionando las pruebas que se pretendan hacer valer.

ARTICULO 6º. Para los fines legales subsiguientes, agréguese otra a la Hoja de Vida correspondiente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a

29 JUL 2010

ALVARO VALENCIA PARRA

Director de Veteranos y Bienestar Sectorial

Coronel (r) MARIA STELLA CALDERON CORZO
Coordinadora Grupo Prestaciones Sociales

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14972994753			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 792489630		6. DV 0		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 32	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 79248963	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Bogotá D.C. 11		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001	
31. Primer apellido ALARCON		32. Segundo apellido SILVA		33. Primer nombre ORLANDO	
34. Otros nombres					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Bogotá D.C. 11		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001	
41. Dirección principal CL 134 BIS 89 A 05 CA 87					
42. Correo electrónico orlalar@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3108850697		45. Teléfono 2 3114895830	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8542		47. Fecha inicio actividad 20110628		48. Código 8541	
49. Fecha inicio actividad 20110628		50. Código 1 82990020		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 549					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
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 ALARCON SILVA ORLANDO					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

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, **ORLANDO ALARCON SILVA** identificado con CC No. **79248963**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 10/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 10/02/2025 Fecha fin de Contrato: 10/08/2025 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 prórroga 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): 202501012637771.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



Hace constar:

Que el Sr(a) ORLANDO ALARCON SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79248963 realizó el día 18/02/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ORLANDO ALARCON SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79248963 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ORLANDO ALARCON SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79248963 el día 18/02/2025 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

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

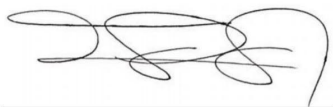
Que nuestro(a) cliente ORLANDO ALARCON SILVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 79,248,963 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS PENSIONAL No. 142023159 aperturada el 13 de mayo de 1999 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 14 de febrero de 2025.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0142023159
Cuenta de 16 dígitos:	0142000200023159
Cuenta de 20 dígitos:	00130142000200023159

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

SEDE	CENDIATRA NORTE 86	DIRECCIÓN	Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86
TELÉFONO	7680025 - 3904798	EMAIL	- 65 , Barrio Polo Club citas.norte86@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-12-29	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ORLANDO ALARCON SILVA	Identificación CC	Nro 79248963
Fecha de Nacimiento	1970-12-23	Edad	52
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	M
Cargo	DOCENTE		
Fecha Ingreso	2022-12-29 07:39:01	Fecha Salida	2022-12-29 09:28:05

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	PSICOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

SI

OTRAS:

NO PRESENTA

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

OTROS

NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



Dr. Edwin B. Alvarado C.
Médico Especialista en
Salud Ocupacional
R.M. 1296

EDWIN BOLIVAR ALVARADO CORREA

RM: 85454620/Exp.05-09-2017

Firma y sello del médico



ORLANDO ALARCON SILVA

CC 79248963

Firma del trabajador

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL**(EXAMEN PSICOMETRICO)**

FECHA: 29/12/2022
EMPRESA: PARTICULAR/NORTE
NOMBRE: ORLANDO ALARCON SILVA
CÉDULA: 79248963
EDAD: 52 CARGO: DOCENTE

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

*Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

OBSERVACIONES

De acuerdo con el test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Este test corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no un test diagnostico.

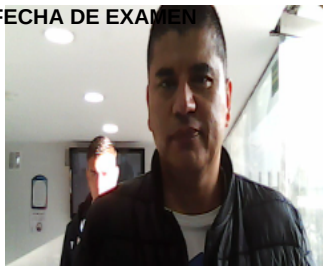

Erika Paola Montero Gil
Psicóloga
Especialista en Salud Ocupacional
U.P.T.C.
Lic. Ros. 1424 de 2018

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

[prefixIWGp5r](#)

SEDE	CENDIATRA NORTE 86	DIRECCIÓN	Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86
TELÉFONO	7680025 - 3904798	EMAIL	- 65 , Barrio Polo Club citas.norte86@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-12-29	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ORLANDO ALARCON SILVA	Identificación CC	Nro 79248963
Fecha de Nacimiento	1970-12-23	Edad	52
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	M
Cargo	DOCENTE		
Fecha Ingreso	2022-12-29 07:44:12	Fecha Salida	2022-12-29 07:44:26

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO	
CIRUGIA OCULAR	NO	
GLAUCOMA	NO	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
ALERGIAS	NO	
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI	U.C GAFAS PARA VISION CERCANA "LENTE PRIOGRESIVO".

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO
OTROS	NO REFIERE SINTOMAS

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/20
CON CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	1.25 Mts.
CON CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	1.25 Mts.
CON CORRECCION OI	0.50 cm

SIN CORRECCION AO	1.25 Mts.
CON CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	NO
SIN CORRECCION OI	NO
SIN CORRECCION AO	NO

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	EXO
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	10
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO

ESTATICA	NEUTRO ESF ADD +1.75 ESF
DINAMICA	NO
CICLOPLEJIA	NO

OJO IZQUIERDO

ESTATICA	NEUTRO ESF ADD +1.75 ESF
DINAMICA	NO
CICLOPLEJIA	NO

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	NO
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO

RX EN USO

OD	NEUTRO ESF ADD +1.75 ESF
OI	NEUTRO ESF ADD +1.75 ESF

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H524: Presbicia
OBSERVACIONES	NO

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI	CONTINUAR GAFAS PARA VISION CERCANA "LENTE PROGRESIVO".
CONTROL ANUAL	SI	
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO	
VALORACION OPTOMETRICA	NO	

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO

FORMULA OPTOMETRIAOD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Henry Zárate Zárate
Optómetra Esp. Salud Ocupacional
Reg. Prof. 2250/08
Lic. No. 023630/14

HENRY ALBERTO ZARATE ZARATE
RM: 80161938



ORLANDO ALARCON SILVA
CC 79248963

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ORLANDO ALARCON SILVA	No. Documento	79248963
Identificación	CC	Edad	52 años 1 meses 7 días
Fecha de Nacimiento	1970-12-23	Empresa	PACIENTE OCASIONAL
Sexo	M	Sede	CENDIATRA NORTE 86
Fecha toma	2022-12-29 07:25:00		

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	107.0	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ANEXO	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	.	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	.	%	36.0-52.0%
VCM	.	fl	76-96fl
HCM	.	pg	27.0-32.0pg
CHCM	.	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	.	%	<15.0%
LEUCOCITOS	.	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	%	50-70%
LINFOCITOS	.	%	25-40%
MIXTAS	.	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	.	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	.	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	..	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO
ADJUNTO

TITULO	RESULTADO
--------	-----------

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	333.0	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	242.0	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

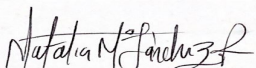
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	47.0	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	237.6	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Fecha entrega : 2023-01-30



Natalia Sánchez Rivera
C.C. 1110546983
Bacterióloga UCM.

NATALIA MARIA SANCHEZ RIVERA
1110546983

Firma y sello del médico evaluador

Informe de análisis de hematología

Nombre de pila: Orlando

Tipo de muestra:

Apellido(s): Alarcon Silva

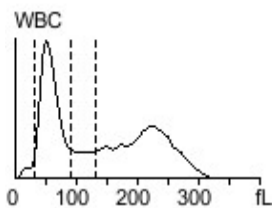
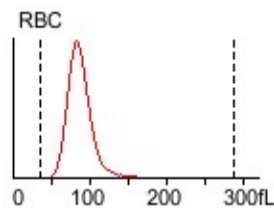
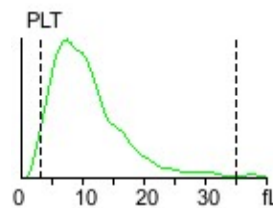
ID de muestra: 79248963

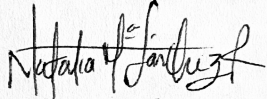
Género: Hombre

Edad:



Parámetro	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	5,59	3,50-9,50	10³/uL
2 Lym%	40,1	20,0-50,0	%
3 Gran%	51,0	50,0-70,0	%
4 Mid%	8,9	3,0-9,0	%
5 Lym#	2,24	1,10-3,20	10 ³ /uL
6 Gran#	2,85	2,00-7,00	10 ³ /uL
7 Mid#	0,50	0,10-0,90	10 ³ /uL
8 RBC	5,99 ↑	3,80-5,80	10⁶/uL
9 HGB	15,7	11,5-17,5	g/dL
10 HCT	52,4	35,0-50,0	%
11 MCV	87,6	82,0-100,0	fL
12 MCH	26,3	27,0-34,0	pg
13 MCHC	30,0	31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	15,8	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	47,0	35,0-56,0	fL
16 PLT	230	125-350	10⁹/L
17 MPV	8,2	7,0-11,0	fL
18 PDW	9,1	9,0-17,0	fL
19 PCT	0,188	0,108-0,282	%
20 P-LCR	14,9	11,0-45,0	%
21 P-LCC	34	30-90	10 ⁹ /L

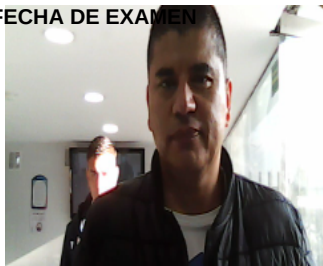



Natalia Sánchez Rivera
C.C. 1110546983
Bacterióloga UCM

Dra. Natalia Sánchez Rivera
Bacteriologa Universidad Católica De Manizales
T.P: 1.110.546.983

Autopista Norte # 83 - 89
Telefono: 7425327 ext 1610
Correo electronico: laboratorionorte83@cendiatra.com

SEDE CENDIATRA NORTE 86 **DIRECCIÓN** Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86
TELÉFONO 7680025 - 3904798 **EMAIL** - 65 , Barrio Polo Club
citass.norte86@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN 2022-12-29 **TIPO DE EXAMEN** PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos ORLANDO ALARCON SILVA **Identificación CC** Nro 79248963
Fecha de Nacimiento 1970-12-23 **Edad** 52 **Sexo** M
Empresa PACIENTE OCASIONAL
Cargo DOCENTE
Fecha Ingreso 2022-12-29 08:12:51 **Fecha Salida** 2022-12-29 08:15:12

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	CERUMEN IMPACTADO
OI	CERUMEN IMPACTADO

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD
OBSERVACIONES	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD	

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

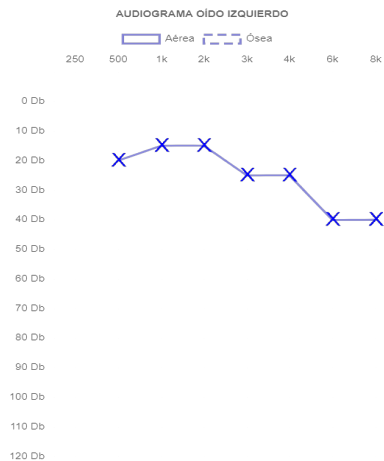
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN LIMPIEZA AUDITIVA	SI	CONTROL ANUAL
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	

COMPLEMENTARIOS

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL

NO



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				25			20			20			20			20			40			40		
OI				20			15			15			25			25			40			40		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS	NO
COVERSACIONES	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K) 20
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K) 20

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB BILATERAL SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA
BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE
NORMALIDAD
OBSERVACIONES SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE
NORMALIDAD

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1 Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA NO
EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA
CONTROL AUDITIVO EN SI CONTROL ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA SI
USO DE E.P.P. AUDITIVO NO
VALORACION / CONTROL POR ORL NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS NO
COMPLEMENTARIOS NO

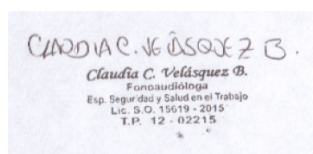
HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



CLAUDIA CAROLINA VELASQUEZ BERNAL

RM: 1014187327

Firma y sello del médico evaluador



ORLANDO ALARCON SILVA

CC 79248963

Firma del trabajador evaluado

