SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

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

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**93303-532036**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.110.539.602	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rabarriosr21@gmail.com	**Número de Cuenta:**	456300138041
IP/Nº de contacto:	5126848	**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:	7387761/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**12825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN TITULADA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.381.842
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.381.842
Valor Bruto Pago:	**$ 3.986.243,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 41.395.599

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.986.243	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	**$ 3.986.243**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.642.243**	**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		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.594.497	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 199.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 255.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.400	$ 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%	$ 32.784.341	$ 881.000	
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	2.642.243,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.531.643,00	
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	34.116,00	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	**$3.952.127,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se atendieron los correos de la coordinación de acuerdo a solicitudes como diligenciamiento de datos e información solicitada

Se realizó apoyo en la actualización, planeación de los procesos del programa de formación como son las guías de aprendizaje

se realizó actualización correspondiente a la lista de chequeo de los grados 10° INSTALACIÓN DE REDES COMPUTADORES

Se asistió a sensibilización de parte del centro de formación CGMLTI sobre Acuerdo 009 (Reglamento Aprendiz)

Se levantó acta sobre actividades realizadas en etapa de alistamiento y planeación pedagógica

Se realizó el trabajo de planeación pedagógica de acuerdo con lineamientos establecidos por la coordinación

Se recibió franja horaria por parte de la coordinación del CGMLTI de acuerdo a requerimientos de las instituciones

Se participó en la jornada de la SEMANA DE ALISTAMIENTO SISTEMAS Y REDES

Todos los soportes de la ejecución se encuentran en la carpeta DRIVE https://drive.google.com/drive/folders/1LTN4Hdps-AiHq_s9Duw6fAvKJ

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

RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ
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,

ANDREA YULIETH PUENTES HERNANDEZ
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

20/02/25 13:14:29 USUARIO: SIC - C.C. 1110539602

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1110539602 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**21/01/2024**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS RESTREPO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes de febrero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

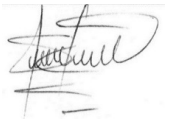
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1110539602,** se encuentra afiliado/a desde **17/03/2015** 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 19 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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1110539602
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-02-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-01-03
FECHA DE PAGO:	2024-12-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-12
PERÍODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	8633852150
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8670223441
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 823.334	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.000	$ 103.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 823.334	$ 0	$ 0	$ 0	$ 131.800	$ 131.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 823.334	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.600	$ 8.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 243.400	$ 243.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/02/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1110539602
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-02-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-01-03
FECHA DE PAGO:	2024-12-09
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-12
PERÍODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	31850303
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31850303
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.500	$ 39.500
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.500	$ 39.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 50.600	$ 50.600
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 50.600	$ 50.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.400	$ 3.400
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.400	$ 3.400
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 93.500	$ 93.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/02/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1110539602
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-02-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-01-03
FECHA DE PAGO:	2025-01-03
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-12
PERÍODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	31964980
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31964980
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.000	$ 20.000
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.000	$ 20.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25.600	$ 25.600
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25.600	$ 25.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 1.600
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 1.600
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 47.200	$ 47.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/02/2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141156525060

(415)7707212489984(8020) 000014115652506 0

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

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 1 1 0 5 3 9 6 0 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRIOS	RODRIGUEZ	RUBER	ALBEIRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: AV 60 13 09 CON RFP TO 2 AP 303 BRR CALARCA

42. Correo electrónico: rabarriosr21@gmail.com

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

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
7 1 1 2	2 0 2 1 0 1 0 1	8 5 2 3	2 0 1 7 0 2 0 1		8 5 5 1	6 2 0 1	2 1 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

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 BARRIOS RODRIGUEZ RUBER ALBEIRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA 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, **RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **1110539602**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SENA - NI. 89999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 07/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/07/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 2

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): 202501012688313.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 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

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

Régimen : REGIMEN 1

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000488801

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 21/05/2024 12:00:24

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ **C.C** 1110539602

EDAD 30 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☐	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☑		
Optometría	☑	**¿Cuáles?** HEMOGRAMA					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

VALORACION PSICOLOGIA - PSICOMOTRIZ
ENFASIS MUSCULOESQUELETICO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS /NUTRICION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/ 2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

CamScanner
Powered by CamScanner

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS CARDIOVASCULAR

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

Identificación CC 1110539602 Nombre RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ Edad 30 Años

Entidad PARTICULAR - EXM-OPTOMETRIA-AUD- Fecha 21/05/2024 12:01:00

ENFASIS CARDIOVASCULAR: (ELECTROCARDIOGRAMA - TEST FRAMINGHAM) EL RIESGO QUE EL PACIENTE PRESENTA DE DESARROLLAR UNA CARDIOPATIA CORONARIA EN 10 AÑOS DETERMINADA POR SCORE

SCORE TEST DE FRAMINGAN : 1%
RIESGO : BAJO

POR ESTAR EN ESTA CATEGORIA, UD TIENE UN RIESGO BAJO DE SUFRIR UN INFARTO EN LOS SIGUIENTES 10 AÑOS, ES IMPORTANTE MANTENER LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 200 MINUTOS SEMANALES DE TIPO CARDIOVASCULAR, DIETA SALUDABLE, EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y/ O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11338, 2017

GINNA MARCELA PRIETO CASTILLO
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
CC: 1032358072 RM:

CamScanner
Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

AUDIOMETRÍA

Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐

Nombre **RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ** Doc. Identidad **1110539602**

Teléfono **3004235005** Edad **30** Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **21/05/2024** Reposo Auditivo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual
- ○ SI Tiempo
- ⊗ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores Cargo Años EPP
- ○ SI
- ○ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ○ Otitis ○ Acúfeno ○ Vértigo ○ Trauma ○ Perforación Timpánica ○ Otalgia ○ Otorrea ○ Hipoacusia
○ Prurito ○ Cirugía ○ Detonación - Explosión ○ Ototóxicos ○ Otros:

Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ○ Polígono ○ Servicio Militar ○ Buceo ○ Moto ○ Instrumento Musical ○ Discoteca y/o bares
○ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ○ Afección Renal ○ Parotiditis ○ TBC ○ Diabetes
○ Hipotiroidismo ○ Meningitis ○ Paludismo ○ Reumatismo ○ HTA
○ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco
○ Congénito ○ Adquirido

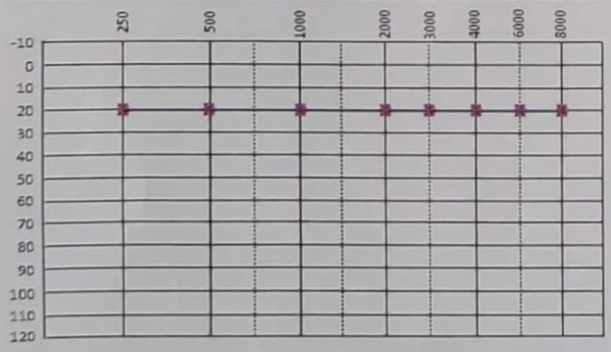
DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OTOSCOPIA

⊗ Normal ○ Anormal

OD CAE _____ OI CAE _____
MT _____ MT _____



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		20	20		20		20	20	20	20	20
OD		20	20		20		20	20	20	20	20
VO OI											
OD											

NBN WN SN

Observaciones
AUDICION BILATERAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES CONTROL ANUAL .PACIENTE CON COMUNICACION VERBAL INTEGRA, ADECUADA AL CONTEXTO.

ALICIA ACOSTA S.
FONOAUDIOLOGA
T.P. S.S.S.T. LIC 141655

ALICIA FERNANDA ACOSTA SEGURA
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

CamScanner
Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

OPTOMETRÍA

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Periódico [ ]
Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 21/05/2024 07:39:00

Doc. Identidad **CC 1110539602** Nombre **RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ** Fecha Nacimiento. **21/09/1993**
Entidad **PARTICULAR** Edad **30** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Último examen visual **1 SEMANA** | Usa anteojos: Si [ ] No [X] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] | Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [ ]
Cirugías Si [ ] No [ ] Cuál?
Accidentes oculares Si [ ] No [ ] Cuál?
Signos y síntomas: Asintomático [ ] | Disminución visual de cerca [ ] | Disminución visual de lejos [ ] | Cefaleas [ ] | Resequedad ocular [ ]
Ardor ocular [ ] | Lagrimeo [ ] | Cansancio ocular [ ] | Irritación [ ] | Fotofobia [ ] | Prurito ocular [ ] | Salto de renglón [ ]
Antececentes personales y/o familiares | Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				**20/40**	**20/20**
O.I.				**20/20**	**20/20**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva / Pterigio N	[ ]	[ ]
Pterigio T / Pinguécula / Nevus / Bleafaratis	[ ]	[ ]
Blefaritis seborreica / Secreción / Leucoma corneal	[ ]	[ ]
Ptosis palpebral / Otros:		

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **ORTHO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **N** Versiones **N** PPC **4 CM**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
F.O.A.N. / Papila normal / Brillo foveal normal / Catarata	[ ] / [X] / [X] / [ ]	[ ] / [X] / [X] / [ ]
Esclerosis de cristalino / Opacidad de medios / Lesión retinal	[ ] / [ ] / [ ]	[ ] / [ ] / [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**	O.D: **40" DE ARCO**	O.D:
O.I: **NORMAL**	O.I:	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	-0.25	--1.00	0º	+
O.I:	N	-		+

Refracción final **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	-0.25	-1.00	0º	+		
O.I:	N	-		+		

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[X]	[X]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H522 ASTIGMATISMO
H521 MIOPIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] | Corrección Óptica Ocasional [ ] | Control 6 meses [ ] | Control 1 año [ ]
Optometría Clínica [ ] | Valoración por oftalmología [ ] | Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:**

Lina P. Acosta G.
OPTOMETRA
Universidad de la Salle

LINA PAOLA ACOSTA GUTIERREZ
Especialidad:
CC: 1071303714 RM:

CamScanner
Powered by CamScanner

Informe valoración psicológica

Fecha:21 de mayo de 2024	Empresa: Particular	Cargo: Instructor
Nombre: Ruber Albeiro Barrios Rodríguez	CC: 1110539602	Edad:30 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Alteraciones del comportamiento				X	
Estado del animo				X	
SPA				X	

Valoración del riesgo

Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible (se recomienda realizar pausas activas e incluirlo en el programa de estrés y SST de la compañía)	X
Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud.	
Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.	

Daniela Estefanía Gómez Ávila
Esp. Psicología Ocupacional
Y Organizacional
Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Ávila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

CamScanner
Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

Dircc: CALLE 27 SUR No 19-07 Tel : 2784705

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 21/05/2024 08:14:13

Fecha 21/05/2024 07:03:00

Doc: **1110539602** Nombre : **RUBER ALBEIRO BARRIOS RODRIGUEZ** Edad : **30 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	168		200	mg/dl
COLESTEROL HDL	62.4		65	mg/dl
COLESTEROL LDL	77		150	mg/dl
TRIGICERIDOS	143		200	mg/dl

Angie Paola Garcia Vargas
Bacterióloga y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

ANGIE PAOLA GARCIA VARGAS
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1014292396 RM:

Angie Paola Garcia Vargas
Bacterióloga y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

GLICEMIA BASAL				
RESULTADO	81	70	110	mg/dL

Angie Paola Garcia Vargas
Bacterióloga y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

ANGIE PAOLA GARCIA VARGAS
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1014292396 RM:

Angie Paola Garcia Vargas
Bacterióloga y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

CamScanner
Powered by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Nombre: Ruber Albeiro
Apellido(s): Barrios Rodriguez
Edad: 30 Año
Género: Hombre

ID de muestra: 1110539602
Hora de análisis: 2024/05/21 07:16
Tipo de muestra:

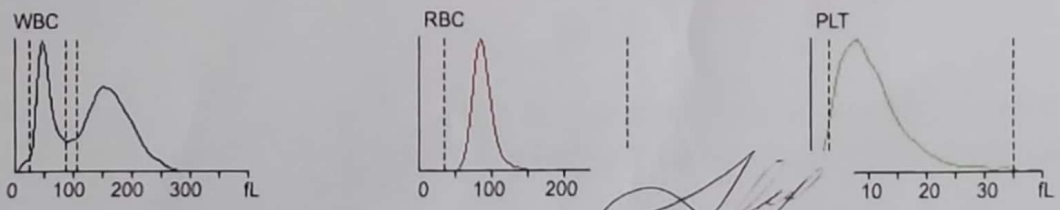
	Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1	**WBC**	**9.56**	↑	**3.50-9.50**	**10^9/L**
2	Lym%	33.0		20.0-50.0	%
3	Gran%	62.7		50.0-70.0	%
4	Mid%	4.3		3.0-9.0	%
5	Lym#	3.15		1.10-3.20	10^9/L
6	Gran#	6.00		2.00-7.00	10^9/L
7	Mid#	0.41		0.10-0.90	10^9/L
8	**RBC**	**5.63**		**4.30-5.80**	**10^12/L**
9	HGB	16.9		13.0-17.5	g/dL
10	HCT	50.6	↑	40.0-50.0	%
11	MCV	90.0		82.0-100.0	fL
12	MCH	30.1		27.0-34.0	pg
13	MCHC	33.4		31.6-35.4	g/dL
14	RDW-CV	13.0		11.5-14.5	%
15	RDW-SD	47.3		35.0-56.0	fL
16	**PLT**	**241**		**125-350**	**10^9/L**
17	MPV	8.2		7.0-11.0	fL
18	PDW	9.7		9.0-17.0	fL
19	PCT	0.197		0.108-0.282	%
20	P-LCR	14.8		11.0-45.0	%
21	P-LCC	36		30-90	10^9/L

Mensaje WBC

Mensaje RBC

Mensaje PLT

Observaciones:



B Alejandro Ortiz
Bacteriólogo
UCMC

B Alejandro Ortiz
Bacteriólogo
UCMC

BRYAN ALEJANDRO ORTIZ NARANJO
BACTERIOLOGO COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
C.C: 1.233.500.870

Tels: 2784705 - 3212889447 E-mail: clinisurips@clinisurips.com
Calle 27 sur # 19 - 07 Bogota - Distrito Capital

CamScanner
Powered by CamScanner

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 12-feb.-2025 **HORA** 09:23:25
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Ruber Albeiro Barrios Rodriguez
Edad 31 años 4 meses 19 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1110539602
Cargo INSTRUCTOR

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Optometría
Vision Lejana: VISIOMETRIA: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.
Vision Cercana: VISIOMETRIA: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral.
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR. Normal COORDINACION MOTRIZ: NORMAL.
REMISIÓN A EPS?: NO.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322

Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

RM. LIC.SST#3508 de 19 Lic.SO:

Trabajador

Firma

Nombre: Ruber Albeiro Barrios Rodriguez

CC N° 1110539602

Huella

CamScanner


docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSegJiHKVmmImKBjCWNr7cUgrr_x4Yk0ISVkhvlyrsGcwovYMw/alreadyresponded
Incógnito
Ya has respondido
Se ha registrado tu respuesta
Solo puedes rellenar este formulario una vez.
Ponte en contacto con el propietario del formulario si crees que se trata de un error.
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Términos del Servicio - Política de Privacidad
Does this form look suspicious? Informe
Google Formularios