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	**28 de Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**91307-043752**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RAMIRO RAFAEL ROMERO BORJA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.116.545.932	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	instructorteleinformatica@gmail.com	**Número de Cuenta:**	36513914240
IP/Nº de contacto:	3135203076	**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?	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:	7390006/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**13425**	**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	**11/02/2025 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 realizó la adecuación de las guías correspondientes a los programas de sistemas teleinformaticos y redes, junto a líneas de tiempo y procesos pertinentes. Se realizó el diligenciamiento de los formatos para informe de ejecución y supervisión.
Se realizó la visita e inicio de formación en la ficha: 2926162 de Sistemas Teleinformaticos del Colegio La Toscana Lisboa, donde se actualizo lista de asistencia y orientaciones pertinentes a la formación. Se hizo el seguimiento al buen uso de cada una de las herramientas usadas en el ambiente de formación y limpieza del entorno.

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

RAMIRO RAFAEL ROMERO BORJA
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)

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) RAMIRO RAFAEL ROMERO BORJA identificado(a) con CC 1116545932 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 12/02/2024

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **I.P.S SERVICIOS INTEGRALES Y ASISTENCIALES DE SALUD S.A.S**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes 2 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,



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:

RAMIRO RAFAEL ROMERO BORJA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.545.932**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 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.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que RAMIRO RAFAEL ROMERO BORJA identificado(a) con CC 1116545932 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: ROMERO BORJA RAMIRO RAFAEL CC 1116545932																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9479066867	1185154823	I	2025-01-10	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	13		X															
9479066867	1185154823	I	2025-01-10	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	13		X															
9479066867	1185154823	I	2025-01-10	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	13		X															

Este certificado se expide el día 2025-02-20 a las 17:02.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141110929864

(415)7707212489984(8020) **000014111092986 4**

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

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 6 5 4 5 9 3 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Casanare 8 5	Aguazul 0 1 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	BORJA	RAMIRO	RAFAEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Villanueva 4 4 0

41. Dirección principal: CARRERA 10 21 40 MZ 7

42. Correo electrónico: rarobor@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 7	3 1 3 5 2 0 3 0 7 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
8 2 9 9	2 0 1 2 0 7 3 0	7 4 9 0	2 0 1 2 0 7 3 1	8 5 2 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	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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

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, **RAMIRO RAFAEL ROMERO BORJA** identificado con **CC** No. **1116545932**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 07/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2025 **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): 202501012307112.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 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

DEPARTAMENTO LABORATORIO CLINICO	ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS. Especialistas en Salud Ocupacional Nit No. 900.392.930-0				
Resolución No 12482 de 30/09/2015				FECHA	20/02/2024

I- IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS	ROMERO BORJA RAMIRO RAFAEL				
GÉNERO	MASCULINO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1116545932	EDAD	33 AÑOS
ENTIDAD	SENA		EXÁMEN	CUADRO HEMÁTICO	

CUADRO HEMÁTICO

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA	FROTIS DE SANGRE PERIFERICO
PARÁMETRO ERITROCITARIO				
ERITROCITOS	6,13	x10^6 /uL	4.50-6,2	
HEMOGLOBINA	16,33	g/dl	12.0-18.0	
HEMATOCRITO	49	%	36.0-54.0	
VCM	80,00	fL	80.0-100.0	
HCM	26,67	pg	26.0-35.0	
CHCM	33,33	g/dl	31.0-37.0	
PARÁMETRO LEUCOCITARIO				
LEUCOCITOS	8,40	x10^3 /uL	4.5-11.0	
% NEUTRÓFILOS	49,00	%	42.0-75.0	
% LINFOCITOS	41,00	%	20.0-60.0	
% MONOCITOS	7,00	%	3.0-12.0	
% EOSINÓFILOS	2,00	%	0.5-5.0	
% BASÓFILOS	1,00	%	0.0-1.0	
% CAYADOS	0,00	%	0	
# NEUTRÓFILOS	4,12	x10^3 /uL	2.0-8.0	
# LINFOCITOS	3,44	x10^3 /uL	0.80-7.0	
# MONOCITOS	0,59	x10^3 /uL	0.12-1.20	
# EOSINÓFILOS	0,17	x10^3 /uL	0.02-0.80	
# BASÓFILOS	0,08	x10^3 /uL	0.0-0.10	
PARÁMETRO PLAQUETARIO				
PLAQUETAS	256,0	x10^3 /uL	150-450	
OBSERVACIONES	LINEAS CELULARES NORMALES EN NÚMERO Y MORFOLOGÍA			

Analizado por:
Estefania Herrera
Bacterióloga UCMC

Zada
SALUD OCUPACIONAL

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 389

Fecha: 20/02/2024 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 1116545932 **Nombre:** ROMERO BORJA RAMIRO BORJA **Edad:** 33 AÑOS 9
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SENA
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** INGRESO **F. Último Examen:** 8 MESES
Lugar del Último Examen: BOGOTA **Motivo Consulta:** CONTROL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	0,5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0,5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NO REVISADO**
OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/
OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD
OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: TAVERA BUSTOS NANCY BETTY

R. M.: 51848939 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

W1507C3I389

PACIENTE



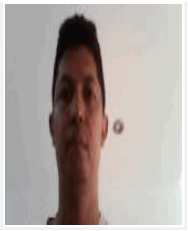
Firma:

Nombre: ROMERO BORJA RAMIRO BORJA

CC: 1116545932

Zada
SALUD OCUPACIONAL

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES **Atención N°: 370**

Fecha: 19/02/2024 **Ciudad:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)
Tipo Exámen: INGRESO **Eps:**
CC: 1116545932 **Nombre:** ROMERO BORJA RAMIRO BORJA **Edad:** 33 AÑOS 9 MESES 4 DÍAS **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 17/05/1990 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 240 **F. Ultima Calibración:** 2023-01-10

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: SIN ALTERACION
Oído izquierdo: SIN ALTERACION

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	15	20	20	15	20	15	20
VAOI	20	20	15	20	20	15	20	15

PTA Oido derecho: 17.50 **PTA Oido izquierdo:** 18.75

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

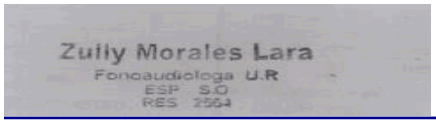
Oído derecho: **Oído izquierdo:** **Bilateral:**

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: MORALES LARA ZULLY
R. M.: 52830852 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
X1507D2J370

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: ROMERO BORJA RAMIRO BORJA
CC 1116545932

ZADA SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Especialistas en Salud Ocupacional
Nit: 900858795-4
Resolución No.12482 de 30/09/2015

DEPARTAMENTO LABORATORIO CLÍNICO

FECHA:	**20/02/2024**	**ENTIDAD: SENA**	
PACIENTE:	**ROMERO BORJA RAMIRO RAFAEL**	**GENERO: MASCULINO**	
IDENTIFICACIÓN:	**C.C. 1116545932**	**EDAD: 33 AÑOS**	

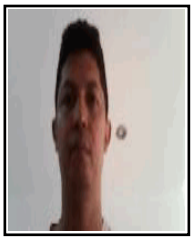
BIOQUÍMICA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia en Ayunas *Método: Hexoquinasa*	92.60 mg/dL	70 – 100 mg/dL
Colesterol Total *Método: Colorimétrico*	164.5 mg/dL	Aconsejable: Menor de 200 mg/dL Riesgo Moderado: 200 -239 mg/dL Alto: Mayor o igual a 240 mg/dL Muy alto: Mayor o igual a 500 mg/dL
Triglicéridos *Método: Colorimétrico*	111.6 mg/dL	Normal: Menor de 150 mg/dL Límite alto: 150 – 199 mg/dL Alto: 200 – 499 mg/dL

Analizado por:

Estefania Herrera
Bacterióloga UCMC

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 Barrio Andes
Teléfono: 3214529637 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 525

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA	SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ROMERO BORJA RAMIRO BORJA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 9 MESES 4 DÍAS	CC	1116545932
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRIA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
OPTOMETRIA	✓	CARDIOVASCULAR	✓
TEST PSICOLOGICO	✓	OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR EJERCICIO REGULARMENTE, USO DE EPP, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Julie Andrea Tique Gonzalez
Medico Especialista
Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 12482 25-09-2015

Firma:

Nombre: TIQUE GONZALEZ JULIETH ANDREA

R. M.: 1019034027 **L.S.O.:** 1019034027

Código de Seguridad
V1507B1H525

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ROMERO BORJA RAMIRO BORJA

CC: 1116545932