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	**43560-497577**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	79.990.854	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ecanonmsena@gmail.com	**Número de Cuenta:**	126239300
IP/Nº de contacto:	3172129093	**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**	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:	7390070/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**17225**	**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	**13/02/2025 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	**$ 2.343.619**	**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		$ 398.624	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 781.000	
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	2.343.619,00	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

Desarrollar actividades de apoyo en la planeación de los procesos del programa de formación asignado por la supervisión, según la modalidad en la que se oriente el programa, de acuerdo con las necesidades del servicio, las cuales contemplan las jornadas académicas y sedes adscritas que maneje el centro de formación, en la red de conocimiento y área temática citada en el objeto contractual.

Guiar de manera integral y continua a los aprendices en su formación por proyectos durante la vigencia del contrato.

Realizar la evaluación de los aprendices acorde a la normatividad y registrarlos oportunamente en los aplicativos dispuestos por la er los aplicativos dispuestos por la entidad.

Implementar las estrategias para preparar, orientar, evaluar y apoyar el aprendizaje utilizando las herramientas y métodos definidos por la entidad.

Participar en las actividades convocadas por la supervisión relacionados con la ejecución del objeto contractual.

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

EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO
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 09:24:28 USUARIO: SIC - C.C. 79990854

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO identificado(a) con CC 79990854 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	16/03/2021
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS
Categoría:	A

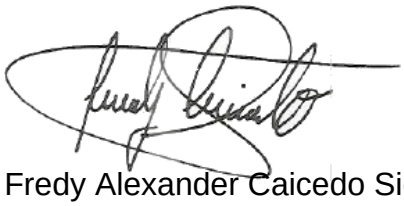
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 18 días del mes febrero del 2025 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.990.854**, 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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79990854	EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO	CL 57R SUR No 63- 45 IN13 AP401	4799408	edwinpcm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	83303209	$413.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79990854	EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO		CL 57R SUR No 63- 45 IN13 AP401	4799408	edwinpcm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	83303209	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79990854	CAÑON MOZO EDWIN PARMENIO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141041584129

(415)7707212489984(8020) 000014104158412 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 9 9 0 8 5 4	7	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	7 9 9 9 0 8 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
CAÑON	MOZO	EDWIN	PARMENIO

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 57 R SUR 63 45 IN 13 AP 401

42. Correo electrónico: edwinpcm@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 3	2 0 1 2 0 2 0 1	8 5 4 2	2 0 1 4 0 1 1 6		8 5 4 1 7 4 9 0	7 4 2 2	

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																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 CAÑON MOZO EDWIN PARMENIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 10-01-2025 06:22:36PM

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, **EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO** identificado con **CC** No. **79990854**, 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): 202501012640989.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

CONCEPTO



		ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS			
	DEPARTAMENTO MEDICO	Carrera 64 # 97 - 63 **Telefono: 2530712**			
		Nit No. 900.858.795-4			
		CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL			
Fecha 20/01/23	**Hora Llegada**	06:06:00	Hora salida	08:52	**Resolución No 12402 de 30/09/2013**

I- IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS					
EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO					
N° DE DOCUMENTO	79990854	GENERO	MASCULINO	EDAD	39
EMPRESA	SENA	CARGO	INSTRUCTOR		

EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS

ENF OSTEOMSUCULAR	AUDIOMETRIA	OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
GLICEMIA/ CH	PERFIL LIPIDICO	TEST PSICOLOGICO	CARDIOVASCULAR

II-CONCEPTO

TIPO DE EXAMEN	INGRESO	CON RESTRICCIONES PARA ELCARGO			
Enfermedad general	SI	Otros	NO	Cuales	

III- RECOMENDACIONES

PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA Y FONOAUDIOLOGIA, PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA, SIN RIESGO CARDIOVASCULARES, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

IV - RESTRICCIONES

1. USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.

Dra. Johana M. Arias A.
Médico
Esp. Salud Ocupacional
006-2014

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

79990 854

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

20 ENE 2023
VB
Edilma Silva Diaz
C.C. 52.011.581
Aux. Enfermería

CONCEPTO



	ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS	
DEPARTAMENTO MEDICO	Carrera 64 # 97 - 63 **Telefono: 2530712**	
	Nit No. 900.858.795-4	
	CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL	

Fecha	20/01/23	**Hora Llegada**	06:06:00	Hora salida	08:52	**Resolución No 12482 de 30/09/2015**

I- IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS					
EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO					
N° DE DOCUMENTO	79990854	GENERO	MASCULINO	EDAD	39
EMPRESA	SENA	CARGO	INSTRUCTOR		

EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS

ENF OSTEOMSUCULAR	AUDIOMETRIA	OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
GLICEMIA/ CH	PERFIL LIPIDICO	TEST PSICOLOGICO	CARDIOVASCULAR

II-CONCEPTO

TIPO DE EXAMEN	INGRESO	CON RESTRICCIONES PARA ELCARGO

Enfermedad general	SI	Otros	NO	Cuales	

III- RECOMENDACIONES

PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA Y FONOAUDIOLOGIA, PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA, SIN RIESGO CARDIOVASCULARES, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

IV – RESTRICCIONES

1. USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.

Dra. Johana M. Acero A.
Médico
Esp. Salud Ocupacional
008-2014

79990 854

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL	FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

	ZADA IPS SALUD OCUPACIONAL SAS					
DEPARTAMENTO MEDICO	**Carrera 64 # 97 - 63 Telefono: 2530712**					
	Nit No. 900.858.795-4					
	OPTOMETRIA OCUPACIONAL					
Fecha	20/01/23	Hora inicio consulta	06:06:00	Historia No	79990854	Resolución No 12482 de 30/09/2015

I- IDENTIFICACION					
Nombre y Apellidos				Identificacion	79990854
EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO				EDAD	39
MASCULINO	Fecha de nacimiento	12/02/1983	Lugar de nacimiento	BOGOTA	
Escolaridad	Pregrado	Estado Civil	Casado(a)	Dirección	CLL 57 R SUR NO 63 45
Barrio		Ciudad		Telefono	3172129093
Empresa	SENA		Cargo		INSTRUCTOR
Fecha de ingreso a la empresa	30/12/99	Antigüedad en la empresa			

II- ANTECEDENTES VISUALES						
PERSONALES VISUALES	CORRECCION HACE 19 ANOS					
TRAUMA	NIEGA					
QUIRURGICOS	NIEGA					
ULT. CONTROL VISUAL	18 MESES	USA CORRECCION OPTICA	Si	TIPO DE RX	Anteojos	
ULTIMO CAMBIO DE LENTES		18 MESES	ESTADO ACTUAL DE LA CORRECCION			
CORRECCION EN USO	OD					
	OI					

III-ANTECEDENTES FAMILIARES			
HISTORIA FAMILIAR		ENF. OCULARES	

IV- MOTIVO DE CONSULTA							
Dism. AV VL		Dism. AV VP		Dolor de Cabeza		Ardor ocular	
Visión Borrosa		Secreción Ocular		Cansancio Ocular		Dolor Ocular	
Sensación de C.E.		Molestias a la Luz		Ninguno		Control	

V- EXAMEN EXTERNO

VI- AGUDEZA VISUAL							
AGUDEZA VISUAL LEJANA				AGUDEZA VISUAL PROXIMA			
	AV CC	AV SC	PH		AV CC	AV SC	DP
OD	20/20			OD	0,5		
OI	20/20			OI	0,5		

VII- MOTILIDAD OCULAR					
DUCCIONES	NORMAL	CT en VL	ORTHO	PPC	10//12
VERSIONES	NORMAL	CT en VP	X`		

VIII- QUERATOMETRIA			
OD	NO SE REALIZA	OI	NO SE REALIZA

IX- OFTALMOSCOPIA			
OD	NORMAL	OI	NORMAL

X- RETINOSCOPIA				XI- SUBJETIVO				
	ESF	CIL	EJE		ESF	CIL	EJE	ADD
OD				OD				
OI				OI				

XII- TEST DE VISION CROMATICA	XIII- TEST DE ESTEREOPSIS
NORMAL	NORMAL

XIV- DIAGNOSTICO	MIOPIA	
XV- RECOMENDACIONES	UDO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA	
XVI - RESTRICCIONES	USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA	

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi hoja de vida. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo.

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL	**FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR**

DEPARTAMENTO MEDICO	**ZADA IPS SALUD OCUPACIONAL SAS** **Carrera 64 # 97 - 63 Telefono: 2530712** **Nit No. 900.858.795-4**	Zada SALUD OCUPACIONAL
	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	

Fecha	20/01/23	Hora Inicio consulta	06:06:00	Historia No	79950854	Resolución No 12482 de 30/09/2015

I- IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos						Identificacion	79950854
EDWIN PARMENIO CAÑON MOZO						EDAD	39
MASCULINO	Fecha de nacimiento	12/02/1983		Lugar		BOGOTA	
Escolaridad	Pregrado	Estado Civil	Casado(a)	Direccion		CLL 57 R SUR NO 63 45	
Barrio	0	Ciudad	0	celular		3172129093	
Empresa	SENA		Antigüedad	30/12/99		Cargo	INSTRUCTOR

II- ANTECEDENTES

A- LABORALES

EMPRESA	OFICIO	ANTIGUEDAD	TIEMPO DE EXPOSICION	EPP

B- PERSONALES

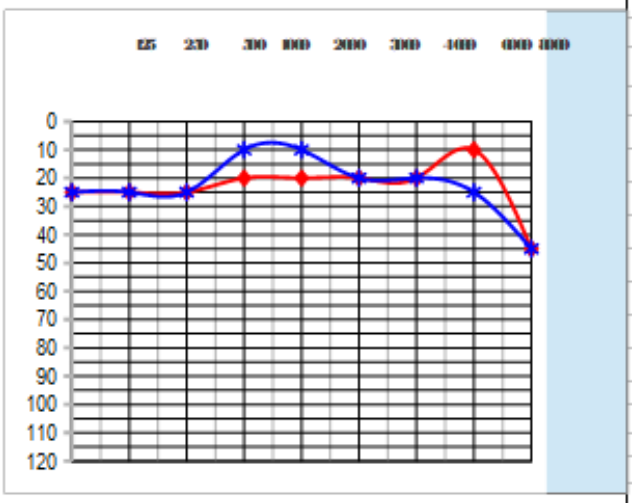
PATOLOGIAS O LESIONES AUDITIVAS	NO / SI	Cual						
Quirúrgicos	NO	Cual	NEGATIVO	EXPOSICION A RUIDO	NO	Cual	NEGATIVO	
Traumático	NO	Cual	NEGATIVO	Medicamentoso	NO	Cual	NEGATIVO	
Observaciones								
III- FAMILIARES	NO							

IV-.EXPLORACION AUDITIVA

PABELLON AUDITIVO	
CONDUCTO AUDITIVO	
MEMBRANA TIMPANICA	NORMAL BILATERAL

V- AUDIOGRAMA

AEREA				OSEA			
O.D.		O.I.		O.D.		O.I.	
ia (Hz)	ad (dB)	ia (Hz)	ad (dB)	ia (Hz)	ad (dB)	ia (Hz)	ad (dB)
125	25	125	25	125		125	
250	25	250	25	250		250	
500	25	500	25	500		500	
1000	20	1000	10	1000		1000	
2000	20	2000	10	2000		2000	
3000	20	3000	20	3000		3000	
1000	20	1000	20	1000		1000	
6000	10	6000	25	6000		6000	
8000	15	8000	15	8000		8000	



VI- DIAGNOSTICO

DISMINUCION BILATERAL MODERADO SIN COMPROMISO CONVERSACIONAL

VII-RECOMENDACIONES

CONTROL PERIODICO POR AUDIOLOGIA, AUTOCUIDADO AUDITIVO.

VIII- RESTRICCIONES

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será atendida a mi haja de vida. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias

HORA SALIDA DE CONSULTA

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

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

DEPARTAMENTO LABORATORIO CLÍNICO

FECHA: 20/01/2023 **ENTIDAD:** SENA
PACIENTE: EDWIN CAÑON **GENERO:** MASCULINO
IDENTIFICACIÓN: C.C 79990854 **EDAD:** 39 AÑOS

BIOQUÍMICA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia en Ayunas *Método: Hexoquinasa*	83.5 mg/dL	70 – 100 mg/dL
Triglicéridos *Método: Colorimétrico*	133.2 mg/dL	Normal: Menor de 150 mg/dL Límite alto: 150 – 199 mg/dL Alto: 200 – 499 mg/dL
Colesterol Total *Método: Colorimétrico*	150.9 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

Analizado por:

Juanita Santos Díaz
Bacterióloga UCMC

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	20/01/2023

NOMBRE	**EDWIN CAÑON**				
GÉNERO	MASCULINO	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	**79990854**	**EDAD**	39 AÑOS
ENTIDAD	SENA		**EXÁMEN**	CUADRO HEMÁTICO	

CUADRO HEMÁTICO

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA	FROTIS DE SANGRE PERIFERICO
PARÁMETRO ERITROCITARIO				
ERITROCITOS	5.0	x10^6 /uL	3.50-5.20	
HEMOGLOBINA	16.0	g/dl	12.0-16.0	
HEMATOCRITO	49.0	%	35.0-49.0	
VCM	91.0	fL	80.0-100.0	
HCM	30.0	pg	27.0-34.0	
CHCM	34.0	g/dl	31.0-37.0	
PARÁMETRO LEUCOCITARIO				
LEUCOCITOS	8.2	x10^3 /Ul	4.0-12.0	
% NEUTRÓFILOS	55.0	**%**	50.0-70.0	
% LINFOCITOS	40.0	**%**	20.0-60.0	
% MONOCITOS	3.0	**%**	3.0-12.0	
% EOSINÓFILOS	2.0	**%**	0.5-5.0	
% BASÓFILOS	1.0	**%**	0.0-1.0	
% CAYADOS	0.0	**%**	0	
# NEUTRÓFILOS	7.0	x10^3 /uL	2.0-8.0	
# LINFOCITOS	5.0	x10^3 /uL	0.80-7.0	
# MONOCITOS	0.8	x10^3 /uL	0.12-1.20	
# EOSINÓFILOS	0.2	x10^3 /uL	0.02-0.80	
# BASÓFILOS	0.01	x10^3 /uL	0.0-0.10	
PARÁMETRO PLAQUETARIO				
PLAQUETAS	340.	x10^3 /uL	150-450	
OBSERVACIONES	LINEAS CELULARES NORMALES EN NÚMERO Y MORFOLOGÍA			

Analizado por:

Juanita Santos Diaz

Bacterióloga UCMC