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	**98010-219688**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JOAN JAVIER REYES ATENCIO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	3.800.591	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jreyes@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24121176266
IP/Nº de contacto:	3508806155	**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:	7390405/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**16925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:RESTAR 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 DESARROLLO

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

Participe Capacitación Plataforma SOFIA Plus y Aplicación Teams Programado por la subdirección

Participe en las reuniones virtuales programadas por la coordinación para realizar

Terminar Las guías de aprendizajes.

Asistí a la reunión programada por la coordinación para la entrega de las guías y demás formatos

Me presente a las fichas asignadas por la coordinación:

Colegio Bicentenario De La Independencia, Programación de aplicaciones y servicios para la nube grado 11

Colegio Juana Escobar, Programación de aplicaciones y servicios para la nube grado 11

Colegio El Ensueño, Programación de aplicaciones y servicios para la nube grado 11

Colegio Rafael Uribe Uribe, Programación de Software grado 11

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

JOAN JAVIER REYES ATENCIO
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)

17/02/25 19:46:12 USUARIO: SIC - C.C. 3800591

Bogotá, Febrero / 2 de 2025

Señor (a): JOAN JAVIER REYES ATENCIO
CC. 3800591
AC 22 19 D 29 SUR
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Enero / 1 de 2025, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOAN JAVIER REYES ATENCIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **3800591,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2018** 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 18 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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3800591
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOAN JAVIER REYES ATENCIO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	BOGOTA	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4592304639**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			28				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9991776117

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.900	$ 0	$ 208.000	$ 3.900	$ 211.900
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 3.900**	**$ 211.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 3.000	$ 0	$ 162.500	$ 3.000	$ 0	$ 165.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 3.000**	**$ 0**	**$ 165.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 200	$ 0	$ 7.000
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 7.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 3800591	REYES ATENCIO JOAN JAVIER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	3800591	$ 6.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 384.400**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141007811492

(415)7707212489984(8020) 000014100781149 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 8 0 0 5 9 1	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 8 0 0 5 9 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REYES	ATENCIO	JOAN	JAVIER

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 CALLE 22

42. Correo electrónico: rjoan2888@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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 REYES ATENCIO JOAN JAVIER

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, **JOAN JAVIER REYES ATENCIO** identificado con **CC** No. **3800591**, 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): 202501012397631.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 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

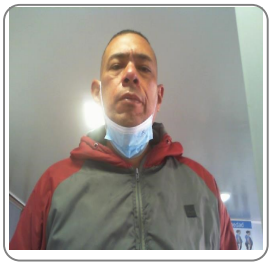
UNIDAD DE MEDICINA LABORAL SAS
Nit. 900360171 -
Dirección: CRA 9A # 14 - 64
Tel: 7741921 - 3182684509

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

NRO.0000070524

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○
Base ○ Cambio labor ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **10/04/2024 07:48:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JOAN JAVIER REYES ATENCIO** Edad **46 Años**

Cargo **INSTRUCTOR** Doc. Identidad **CC 3800591**

Se hace constar a través del presente concepto, el trabajador en mención ha sido valorado por Medicina Ocupacional, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del sistema de gestión, que se especifican a continuación y sobre las cuales se emite el concepto de aptitud para el cargo.

EL PRESENTE CONCEPTO SERÁ DE USO EXCLUSIVO PARA LA EMPRESA QUE LO SOLICITA.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SGSST

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA, GLICEMIA PRE, PSICOLOGÍA.

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo que aspira	○	○	○	○
Apto con defecto físico o Patologia que no limita su labor	⊗	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Manipulación de alimentos	○	○	○	○
Apto para Brigadista	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para Manipulación de alimentos	○	○
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	**ARL**	SI ○	NO ○	**EPS**	SI ○	NO ○

DIETA BAJA EN GRASAS Y HARINAS, ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA, HABITO DE AUTOCUIDADO Y BIOSEGURIDAD, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS, USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE Y CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dr Juan Carlos Sepúlveda R
Médico Cirujano UDCA
RM 1129/2013
Esp Salud Ocupacional UPTC
Lic 1372

JUAN CARLOS SEPULVEDA ROMERO
Especialidad: MEDICO SALUD OCUPACIONAL
CC: 74083509 RM: 1129/2013 1372

JOAN REYES

Trabajador: JOAN JAVIER REYES ATENCIO
CC: 3800591
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Unidad de Medicina Laboral SAS
Innovando soluciones efectivas
NIT:900.360.171 - 1

UNIDAD DE MEDICINA LABORAL SAS
Nit. 900360171 -
Dirección: CRA 9A # 14 - 64
Tel: 7741921 - 3182684509

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **09/04/2024**

Doc. Identidad **CC 3800591** Nombre **JOAN JAVIER REYES ATENCIO** Fecha Nacimiento. **29/08/1977**
Entidad **PARTICULAR** Edad **46 años** Ocupación **INSTRUCTOR**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa Cargo INSTRUCTOR Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn EPS COMPENSAR ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **1 AÑO** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminucíón visual de cerca ( ) Disminucíón visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				**20/30**	**0.75**
OI				**20/40**	**0.75**
AO				**20/25**	**0.75**

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			º	
OI			º	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **EXO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMAL** Versiones: **NORMAL** PPC: **8 CM**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	(X)	(X)
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMAL**
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMAL**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H527 TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
REQUIERE FORMULACION DE RX OPTICO

NELCY Y. ALVARADO Q.
OPTOMETRA U. L. S.
C.T.N.P.O 1214

NELCY YOHANA ALVARADO QUIJANO
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 52792861 RM: 1214

WINLAB
LABORATORIO CLÍNICO

10029777

Paciente:	JOAN JAVIER REYES ATENCIO	**Orden No:**	10029777
Identificación:	3800591	**Edad/Sexo:**	46 / M
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Fecha Recepción:**	2024-04-10 07:50:27
Convenio:	UNIDAD DE MEDICINALABORAL S.A.S.	**Fecha Impresión:**	2024-04-10 10:45:36.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Niveles de Glucosa	**77**	mg/dl	
			Niños : 60 - 100 mg/dl
			Adultos 18-60 años : 74 - 106 mg/dl
			Adultos 60-90 años: 82 - 115 mg/dl

DEYSI TATIANA NIETO
BACTERIOLOGA
T.P. 1057574084

CONCEPTO PSICOLOGICO OCUPACIONAL

Nombre y Apellidos: Johan Javier Reyes Atencio
Identificación : 3800591
Edad: 47 años
Estado Civil: Casado
Nivel académico: Profesional
Fecha de aplicación: 10/04/ 2024
Cargo al que aspira:

Durante el desarrollo de la evaluación, se observa concentrado y tranquilo.

ANÁLISIS Y VALORACÓN AREA PSICOLOGICA:

Evaluado de 47 años, Es una persona que le da gran importancia al compromiso a las normas, reglas y valores, éticas y morales establecidas. Es seguro de sí mismo, conoce sus límites y capacidades. En cuanto a su proyecto de vida se siente en confort, da la sensación de estar satisfecho con lo logrado. Es analítico para seleccionar sus prioridades, aunque tiende gastar mucho tiempo en la toma de sus decisiones. su desarrollo cognitivo, su capacidad intelectual es de tipo sintético, es decir, hace análisis rápidos de las situaciones, denotando en una visión interpretativa y global. Se muestra como una persona que se le dificulta establecer vínculos afectivos, no genera tanto contacto social, pero puede responder si alguien toma iniciativa. Posee la capacidad de relacionarse adecuadamente en su trabajo, mostrándose una persona empática, amable, colaboradora y facilitándosele el trabajo en grupo. Se muestra como una persona que resuelve sus conflictos desde lo racional, teniendo en cuenta situaciones similares que ha afrontado.

RAQUEL CALDERON RUIZ
Psicóloga
Especialista en Seguridad y salud en el trabajo.
Resolución 10916 de 06/09/2017

Reporte Psicomotriz



Nombres **JOAN JAVIER REYES ATENCIO**
Doc CC3800591
Sexo M
F Nacim 1977-08-29
Fecha **2025-02-11**

CLINISUR IPS 1 LTDA
Clinisur IPS Bogota
900148264-9
Tel.

Resumen de Resultados Test Psico-Motríz

Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado
Atención Concentrada		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.690 Seg.	0.343
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	0.343
Num. Errores	<= 5 Errores	0
Reacciones Múltiples		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	0.98
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	0.98
Num. Errores	<= 7 Errores	0
Reacción al Frenado		
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	0.682
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina		
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4.830 Seg.	0.435
Num. Errores	<= 15 Errores	2
Coordinación Bimanual - Motricidad Gruesa		
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 32.248	10.652
Num. Errores	<= 85 Errores	54
Velocidad de Anticipación		
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.276

Trazabilidad de la Medida

Documento	Fecha	Modelo	Serie #	Firmware	Prueba #	Form#	Baremo
CC3800591	2025-02-11 09:50:59	AGX-PT3	3399	2.0.0.18A		PT3-04	BPT-2

Observaciones:
EL EVALUADO SE ENCUENTRA DENTRO DEL PROMEDIO NORMAL, NO PRESENTA AFECTACIONES A NIVEL PSICOMOTRIZ

Servicios Ordenados:	Status/Certificado
PALL - Aptitudes Psico-Motrices (Todos) [3]	Aprobado

Dr. Leonardo Ramos
Psicólogo
Especialista SST
T.P 262727 de 2023
Lic. SST 7110 de 29-08-2023

Jose Leonardo Ramos Ballesteros
Psicólogo Especialista

JOAN Reyes A.

JOAN JAVIER REYES ATENCIO
Evaluado

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 **JOAN JAVIER REYES ATENCIO** Doc. Identidad **3800591**

Teléfono **3003791329** Edad **47** Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **11/02/2025** 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

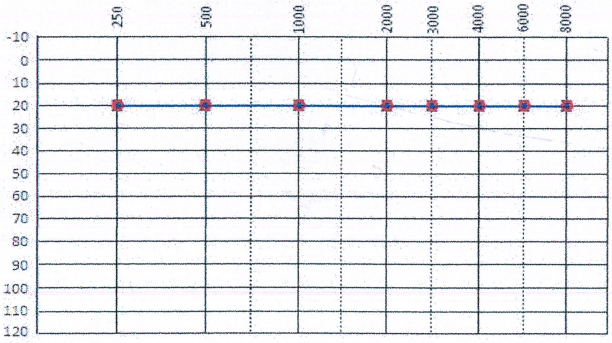
Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

OD CAE _____
MT _____

OI CAE _____
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

ALICIA ACOSTA S.
FONOAUDIOLOGA
EPS S.S.T LIC14165

ALICIA FERNANDA ACOSTA SEGURA
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 52832187 RM: