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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**48798-737464**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.022.402.311	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gcgarcia@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550005300556452
IP/Nº de contacto:	0	**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:	7419952/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**8725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ³N DE SERVICIOS PROFESIONALES AUTÃ³NOMOS E INDEPENDIENTES				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**11/02/2025**	**Al**	**28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 49.674.719
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.674.719
Valor Bruto Pago:			**$ 4.292.877,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.381.842

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.292.877	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	**$ 4.292.877**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.845.377**	**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		----------	**82953296**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.717.151	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.000	$ 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%	$ 36.062.775	$ 949.000	
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	2.845.377,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.803.377,00	
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	36.741,00	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	**$4.256.136,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

3066957
2998186
3088291
2998157
3147981
3141989
1885701
306963
3033728

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

GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO
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,

EDGAR ELIAS PARRA RUBIO
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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

20/02/25 16:06:14 USUARIO: SIC - C.C. 1022402311

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	1022402311	GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO	cll2da sur #68 F 19	9320372	gctorrejano95@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	30/12/2024	82953296	$216.400	

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	93.200	0		0		0	0	0	0	93.200	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	119.300	0	0	0	0	0	0		119.300	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	3.900				3.900	0	0	3.900			39	3.900	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	93.200	93.200
Pensión	1	119.300	119.300
Riesgos Laborales	1	3.900	3.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	216.400	216.400

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
CC	1022402311	GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO		cll2da sur #68 F 19	9320372	gctorrejano95@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	30/12/2024	82953296	$216.400	

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	1022402311	GARCIA TORREJANO GABRIEL CAMILO	59	0			N		X															230301	745.334	119.300	0	0	0	0	EPS017	745.334	93.200	14-23	745.334	1	3.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO	**NIT:**	1022402311
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	diciembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2024
Número de Radicación:	82953296	**Total a pagar:**	$216,400
Fecha de vencimiento:	07/01/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	30/12/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1158524628
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$3,900
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$119,300
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$93,200
						$216,400

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO identificado(a) con CC 1022402311 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	28/01/2025
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS
Categoría:	A

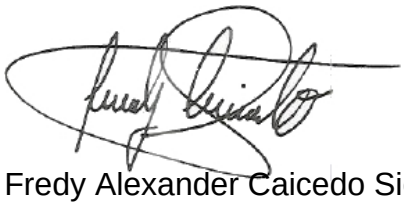
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 20 días del mes febrero del 2025 .

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:

GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.402.311**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 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.

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, **GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO** identificado con **CC** No. **1022402311**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 13/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 26/12/2025 **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): 202501012735037.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14975090556

(415)7707212489984(8020) 000001497509055 6

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

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
GARCÍA	TORREJANO	GABRIEL	CAMILO

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 2 Sur # 68 F - 19 CA Casa de dos pisos

42. Correo electrónico: gacato95@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 0 0 0	3 1 9 2 2 8 0 3 7 5	3 1 0 2 6 8 1 6 5 5

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 5 1	2 0 2 3 0 3 1 4	8 5 4 1	2 0 2 4 0 1 0 1	8 5 4 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										
	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 GARCÍA TORREJANO GABRIEL CAMILO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **24/01/2025**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022402311**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**005300556452**
Fecha de apertura	**13/03/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

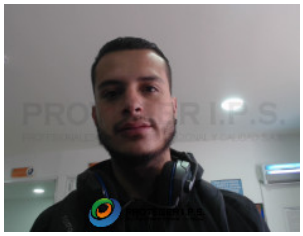
LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 96542 Fecha Examen: 2022-07-23 Hora: 08:00:09

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 SECTOR: .
ENT. MISIÓN: PARTICULARES NIT: 01 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: GABRIEL CAMILO APELLIDOS: GARCIA
IDENTIFICACIÓN: 1022402311 FECHA DE NACIMIENTO: 09 de Abril de 1995 EDAD: 27
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: INSTRUCTOR
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: EPS FAMISANAR LTDA AFP: Porvenir

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR

Funciones: NO REFIERE
Fecha de Ingreso: NO REFIERE Antiguedad: NO REFIERE
Sección: NO REFIERE Cargo: INSTRUCTOR

EXAMENES REALIZADOS

Crc Test Motricidad, Crc Test Psicologia, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Anexo Cardiovascular, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Optometria, Perfil Lipidico, Cuadro Hematico (hemograma)

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Restricciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Control Optometria en 1 año 2) Pausa activa visual 3) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION.

LINDA MARCELA GOMEZ RODRIGUEZ
Médico especialista en S.O
CC: 1123409728
Rg No. CMC2016-14891
Licencia No. 00-90 DEL 21 DE ENERO DE 2021



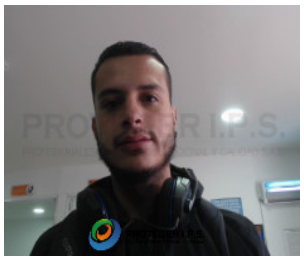
Atendido por: GOMEZ RODRIGUEZ LINDA MARCELA
Registro Médico: CMC2016-14891
Licencia S.O.: 00-90 DEL 21 DE ENERO DE 2021

Paciente: GARCIA GABRIEL CAMILO
Identificación: 1022402311

LABORATORIO

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: GARCIA GABRIEL CAMILO		Identificación: 1022402311	
Género: MASCULINO	RH: O-	Fecha de Nacimiento: 09 de Abril de 1995	Edad: 27
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	INGRESO	Orden: 96542	Fecha: 2022-07-23
EPS: EPS FAMISANAR LTDA	ARL: SIN AFILIACIÓN	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: .

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: .

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR

Funciones: NO REFIERE	
Fecha de Ingreso: NO REFIERE	Antiguedad: NO REFIERE
Sección: NO REFIERE	Cargo: INSTRUCTOR

Fecha Muestras

2022-07-23 08:06:45

GLICEMIA (GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA)

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
GLICEMIA BASAL	89	mg/dl	77-125
Observaciones:			

PERFIL LIPIDICO

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
COLESTEROL TOTAL	155	mg/dl	Hasta 200
COLESTEROL HDL	52	mg/dl	35/55
COLESTEROL LDL	128.4	mg/dl	Hasta 150
COLESTEROL VLDL	26.6	mg/dl	10-30
TRIGLICERIDOS	133	mg/dl	Hasta 170
Observaciones:			

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
GLÓBULOS BLANCOS	6.9	x 10^9/l	4.5 - 11
GRANULOCITOS	69.8	%	45-70
LINFOCITOS	25.4	%	20-45
CELULAS MEDIAS	4.8	%	0-6
RECUENTO DE G ROJOS	5.93	x 10 ^6/ul	4.6-6.2
HEMOGLOBINA	17.6	gr / dl	13-16
HEMATOCRITO	53.7	%	40-54
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	90.5	fl	80-98
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.60	pg	27-31
CONCENTRACION HB C MEDIA	32.7	gr / dl	32-38
ANCHO DE DISTRIBUCION DE GR	15.8	%	12 - 15
PLAQUETAS	199	x 10 ^3/ul	144-444
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIOC	8.7	fl	
Observaciones:			

HEIDDY JANETH MARTINEZ NOBMAN
BACTERIOLOGA
CC: 52433055



Atendido por: MARTINEZ NOBMAN HEIDDY JANETH
Reg.: N/A

Paciente: GARCIA GABRIEL CAMILO
Identificación: 1022402311

Hace constar:

Que el Sr(a) GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022402311 realizó el día 21/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022402311 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) GABRIEL CAMILO GARCIA TORREJANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022402311 el día 20/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas