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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**27337-127907**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JOHN DARIO FONTAL APONTE	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	79.291.829	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jdfontal9@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24069543874
IP/Nº de contacto:	3162341618	**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:	7429595/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**32125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**14/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.597.066
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:	**$ 2.453.072,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 25.143.994

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.453.072	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	**$ 2.453.072**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.529.772**	**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		----------	**1069166255**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 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%	$ 22.949.039	$ 510.000	
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	1.529.772,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.047.272,00	
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	19.777,00	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	**$2.433.295,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, al
2. Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proc
3. Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, forma
4. Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, ef
5. Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para gru
6. Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas
7. Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a ha
8. Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Fo
9. Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversa

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

JOHN DARIO FONTAL APONTE
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,

HAROLD IVAN MERA MARTINEZ
INSTRUCTOR G11

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-02-19, 02:01:39 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1069166255

Periodo Cotización 202412 **Periodo Servicio** 202412

Cliente:

PAGADA 2024-12-27

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHN DARIO FONTAL APONTE				
Documento	CC 79291829	**Dirección**	CR 51ABI SUR #41 A - 16		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3162341618		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79291829		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					FONTAL APONTE JOHN DARIO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.300.000	$ 6.800	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bogotá, Febrero / 19 de 2025

Señor (a): JOHN DARIO FONTAL APONTE
CC. 79291829
CR 92 B N 40 A 16 SUR PI 2
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 Marzo / 31 de 1995, 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 **JOHN DARIO FONTAL APONTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79291829,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141116037450

(415)7707212489984(8020) 000014111603745 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 2 9 1 8 2 9	3	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 2 9 1 8 2 9	

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
FONTAL	APONTE	JOHN	DARIO

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: TRANSVERSAL 6B N 79C 81 AP 594

42. Correo electrónico: jdfontal@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 6 3 2 7 6 2	3 1 6 2 3 4 1 6 1 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 4	1 9 9 8 0 7 0 6	8 5 4 1	1 9 9 8 0 7 0 6		8 5 4 2	8 5 4 3		0

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	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 FONTAL APONTE JOHN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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, **JOHN DARIO FONTAL APONTE** identificado con **CC** No. **79291829**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **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): 202501012691566.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOHN DARIO FONTAL APONTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79291829 realizó el día 19/02/2025 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:

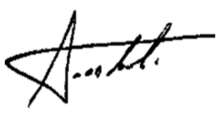
Yo JOHN DARIO FONTAL APONTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79291829 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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) JOHN DARIO FONTAL APONTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79291829 el día 19/02/2025 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

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JOHN DARIO FONTAL APONTE Identificado con CC 79291829

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CENTRO MAYOR, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24069543874
Fecha de apertura:	3 de Enero de 2017
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 19 de Febrero de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79291829-198438

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/01/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JOHN DARIO FONTAL APONTE	**Identificación:**	79291829
Género	MASCULINO **Edad:** 59	**Teléfono**	**Móvil:** 3162341618
Fecha Nacimiento:	17/07/1963	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	SEPARADO	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CR 58 A BIS 41 A 16 SUR	**ARL:**	
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	
Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TEST PSICOMETRICO	APTO CON OBSERVACIONES QUE NO INTERVIENEN.
OPTOMETRIA	USO DE LENTES PARA ACTIVIDADES DE VISIÓN CERCANA, CONTROL ANUAL, PROTECCIÓN OCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL /PAUSAS ACTIVAS Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS FRECUENTEMENTE/ EJERCICIOS VISUALES PARA EVITAR FATIGA OCULAR/USAR ELEMENTOS DE PROTECCION SEGÚN MATRIZ DE PELIGRO CONTROL/ PREVENTIVO ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.
GLICEMIA	se realizó
PERFIL LIPIDICO	se realizó
CUADRO HEMATICO	se realizó
ANEXO CARDIOVASCULAR	SIN ALTERACION PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: CONTROL POR MED. GENERAL CRONICOS POR EPS -

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

CARDIOVASCULAR	PPyP

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS -

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

DR. CARLOS J. CABRALES ROJAS
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 4948-13

CARLOS JULIO CABRALES ROJAS

JOHN DARIO FONTAL APONTE 79291829

Firma y cédula del Paciente

4948-13

Médico Especialista en Salud Laboral

Grupo Ocupacional salud integral empresarial	**CONCEPTO DE VALORACIÓN PSICOLOGICA PARA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE HABILIDADES**	**Código**: FR- 01
		Versión: 01
	FORMATO ADMINISTRATIVO Y TECNICO	**Emisió**n: 01/06/2019

PRUEBAS APLICADAS PARA EL CARGO:	
BG3	**X**
CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE ESTRÉS	**X**
WARTEGG	**X**

Se puede establecer que:

APELLIDOS Y NOMBRES	FONTAL APONTE JHON DARIO	**EDAD**	59 AÑOS
EMPRESA	SENA	**FECHA DE EVALUACIÓN**	ENERO 27 / 2023
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79291829	**CARGO AL QUE ASPIRA**	INSTRUCTOR

A continuacion se describiran de manera cualitativa los resultados obtenidos para el trabajador y las respectivas sugerencias dadas para la adecuada ejecucion de su actividad como PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO:

PUNTUACIONES
(Numericas : calificacion de baterias / Cuantitativas: rasgos descriptores):
ALTA (7-10) MEDIA (4-6) BAJA (0-3)

ITEM	HABILIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA HABILIDAD	CALIFICACIÓN ALTO	CALIFICACIÓN MEDI	CALIFICACIÓN BAJO	INTERPRETACION CUALITATIVA
1	**RAZONAMIENTO Y ANALISIS**	Eficacia para detectar problemas, buscar datos pertinentes al rspecto, identificar la informacion relevante y encontrar las posibles causas del mismo, con destino a la optimizacion. Raciocionio y captacion mental eficaz.				Evidencia una puntuacion acorde en las valoraciones especificas para su cargo, denota un nivel adecuado para las habilidades requeridas a nivel de percepcion visomanual
2	**AUTODISCIPLINA**	Habilidad que posibilita ver el cumplimiento de procedimientos y manejo de autoridad frente al cargo a desempeñar.				Se evidencia reservado, con relaciones interpersonales basica y superficiales. Con alta proyeccion a futuro.
3	**MANEJO DEL ESTRÉS**	Habilidad mediante la cual se evidencia un mantenimiento firme del carácter, para trabajar o actuar bajo presión y/o oposición a los propios intereses y acciones. Se traduce en respuestas controladas en situaciones que generen tensión.				Nivel de estrés se halla en rango medio con incidencia en area fisiologica, social, psicoemocional e intelectual y del trabajo
4	**AUTOCONTROL**	Capacidad de regulación y ordenamiento de los impulsos, pensamientos y de las acciones, a fin de alcanzar un mayor equilibrio personal y social, que le permita al trabajador la realización de su tarea, ajustándose voluntariamente a parámetros sociales y laborales correctos				Refleja un nivel acorde de alto auto y hetero control
5	**MANEJO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS Y RELACIONES INTERPERSONALES ASERTIVAS**	Capacidad que tiene la persona para solucionar conflictos o problemas que surgen de su relación con otras personas, a través de una actitud respetuosa y logrando una buena comunicación y la finalización de roces o inconvenientes de manera objetiva y radical. Capacidad de negociación y resolución de desacuerdos y situaciones de manera asertiva. Interrelación respetuosa en diferentes contextos.				Muestra asertividad en la resolucion de conflictos. Objetivo

CONCEPTO	**APTO CON OBSERVACIONES QUE NO INTERVIENEN**

SUGERENCIAS: Talleres en manejo de estrés para optimizar su calidad de vida.

Jessica A. Rincon N.
Esp. en Psicología
Ocupacional y Organizacional
C.C. 52 808 410

LABORATORIO CLÍNICO



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
900139947-2

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	27/01/2023 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JOHN DARIO FONTAL APONTE	**Identificación:**	79291829
Género	MASCULINO **Edad:** 59	**Teléfono**	**Móvil:** 3162341618
Fecha Nacimiento:	17/07/1963	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	SEPARADO	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CR 58 A BIS 41 A 16 SUR	**Escolaridad:**	MAESTRIA
Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		

Informe de Laboratorio: 198438

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
CUADRO HEMATICO			se realizó
HEMOGRAMA			
ERITROCITOS	5.930.000 mm3	Hombres de 4.500.000 a 5.500.000 mm3 - Mujeres: de 3.500.000 a 4.500.000 mm3	
R. HEMATOCRITO	53.1 %	Hombres: 42 a 54% - Mujeres 37 a 48%	
R. HEMOGLOBINA	16.5 g/dl	Mujeres: 12 a 16 g/dl Hombres: 14 a 18 g/dl	
V.C.M.	90 u3	De 79 a 98 u3	
H.C.M.	27.9 pg	De 27 a 34 pg	
C.H.C.M.	31.1 %	de 32 a 36 %	
PLAQUETAS	246.000 mm3	De 150.000 a 450.000 mm3	
LEUCOGRAMA			
LEUCOCITOS.	9700 mm3	de 4300 a 10800 mm3	
NEUTRÓFILOS	51.3 %		
LINFOCITOS	43.5 %		
MONOCITOS	5.2 %		
EOSINOFILOS	0 %		
BASOFILOS	0 %		
LIC			
ALY			
V.S.G	8 mm/hora	Hombres: De 1 a 13 mm/hora - Mujeres: De 1 a 20 mm/hora	
GLICEMIA	94mg/dl	65 - 110 mg/dl	se realizó
PERFIL LIPIDICO			se realizó
COLESTEROL TOTAL	202 mg/dl	hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	63 mg/dl	Mayor de 40 mg/dl	
COLESTEROL LDL	112 mg/dl	Hasta 150 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	133 mg/dl	Hasta 150 mg/dl	

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

DRA. GLORIA GIRONZA POTES
BACTERIOLOGA
REG. 51.991.430

GLORIA ELIZABETH GIRONZA POTES	51991430	JOHN DARIO FONTAL APONTE	79291829
Profesional		Firma y cédula del Paciente	