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	**62795-338350**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JHON JAIRO DONATO ARIZA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.077.969.491	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jjdonato@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20084724956
IP/Nº de contacto:		**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**	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:	7414381/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**10225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO TELEINFORMÁT

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.908.134
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.908.134
Valor Bruto Pago:	**$ 3.986.243,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.921.891

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.986.243	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.986.243**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.642.243**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**N/A**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.594.497	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 199.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 255.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.400	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 881.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.642.243,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.531.643,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	34.116,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.952.127,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución fase 3. Ejecución Fichas 2834889(técnico), 2868399 (vocero), 2879675 (técnico), 3070294 (técnico)

Se realizaron sesiones en línea de Etapa Lectiva, se lleva control de resultados de aprendizaje en la plataforma SENA SOFIA PLUS.

Se realizaron reuniones EEF de fichas 2834889, 2868399, 2879675, 3070294

Se realizó retención de aprendices en fichas 2834889, 2868399, 2879675, 3070294

Se realizó solución de dudas e inquietudes en fichas 2834889, 2868399, 2879675, 3070294

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

JHON JAIRO DONATO ARIZA
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,

JOHANY ANDRES CASALINAS GOMEZ
INSTRUCTOR G14

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JHON JAIRO DONATO ARIZA identificado(a) con CC. 1077969491 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2017/04/02**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO USAQUEN**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 18 días del mes de 02 del año 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 Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JHON JAIRO DONATO ARIZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.969.491**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías 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	1077969491	JHON JAIRO DONATO ARIZA	cra 4 e #9-17	2536745	jdonatoariza@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	21/01/2025	83480522	$385.100	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	7.800	0	0	7.800	1

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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	1	7.800	7.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	385.100	385.100

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	1077969491	JHON JAIRO DONATO ARIZA		cra 4 e #9-17	2536745	jdonatoariza@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	21/01/2025	83480522	$385.100	

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	1077969491	DONATO ARIZA JHON JAIRO	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF22	1.300.000	7.800	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 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141111274802

(415)7707212489984(8020) **000014111127480 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 7 9 6 9 4 9 1	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	1 0 7 7 9 6 9 4 9 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villeta 8 7 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DONATO	ARIZA	JHON	JAIRO

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
CR 8 A 153 51

42. Correo electrónico jdonatoariza@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 4 2	2 0 1 4 1 0 1 0	8 5 4 3	2 0 1 4 1 0 1 0	6 2 0 9	8 2 9 9	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JHON JAIRO DONATO ARIZA** identificado con **CC** No. **1077969491**, 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:** 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): 202501012648640.

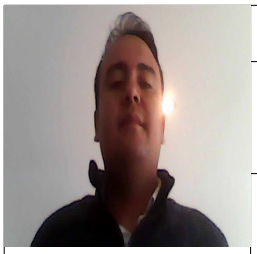
Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2025.

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



DEPARTAMENTO MEDICO	ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS	Zada SALUD OCUPACIONAL
	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	08:30	**Resolución No 12482 de 30/09/2015**

I- IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS

JHON JAIRO DONATO ARIZA

N° DE DOCUMENTO	1077969491	GENERO	MASCULINO	EDAD	32
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	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Enfermedad general	Si	Otros	NO	Cuales	

III- RECOMENDACIONES

PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR EJERCICIO REGULARMENTE, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, SIN AZUCAR NI ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, USO DE EPP, CONTINUAR CONTROLES POR DERMATOLOGIA EN SU EPS, VALORACION POR NUTRICION, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL. EL PACIENTE PRESENTA ADECUADO ESTADO DE SALUD FISICA Y MENTAL, NO PRESENTA ALTERACIONES A NIVEL CARDIOVASCULAR NI OSTEOMUSCULAR EVIDENTES.

IV – RESTRICCIONES

NINGUNA

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.

Dr. Alejandro Soler
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 8449-16

1077969491

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	1077969491	Resolución No 12482 de 30/09/2015	

I- IDENTIFICACION

Nombre y Apellidos						Identificacion	1077969491
JHON JAIRO DONATO ARIZA						EDAD	32
MASCULINO	Fecha de nacimiento	10/02/1990	Lugar de nacimiento		BOGOTA		
Escolaridad	Pregrado	Estado Civil	Soltero(a)	Dirección	CR 6 B 25 75		
Barrio		Ciudad		Telefono	3123632623		
Empresa	SENA		Cargo		INSTRUCTOR		
Fecha de ingreso a la empresa	30/12/99	Antigüedad en la empresa					

II- ANTECEDENTES VISUALES

PERSONALES VISUALES	NIEGA				
TRAUMA	NIEGA				
QUIRURGICOS	NIEGA				
ULT. CONTROL VISUAL	12 MESES	USA CORRECCION OPTICA		TIPO DE RX	
ULTIMO CAMBIO DE LENTES		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	
VERSIONES	NORMAL	CT en VP	X`		10//12

VIII- QUERATOMETRIA

OD	NO SE REALIZA	OI	NO SE REALIZA

IX- OFTALMOSCOPIA

OD	NORMAL	OI	NORMAL

X- RETINOSCOPIA

	ESF	CIL	EJE
OD			
OI			

XI- SUBJETIVO

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD				
OI				

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

XIV- DIAGNOSTICO	EMETROPE	
XV- RECOMENDACIONES	CONTROL PERODICO POR OPTOMETRIA	
XVI - RESTRICCIONES	NINGUNA	

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.

HORA SALIDA DE CONSULTA

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					
	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL					
Fecha	20/01/23	Hora Inicio consulta	06:06:00	Historia No	1077965491	Resolución No 12482 de 30/09/2015

I- IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos						Identificacion	1077965491
JHON JAIRO DONATO ARIZA						EDAD	32
MASCULINO	Fecha de nacimiento	10/02/1990		Lugar	BOGOTA		
Escolaridad	Pregrado	Estado Civil	Soltero(a)	Dirección	CR 6 B 25 75		
Barrio	0	Ciudad	0	celular	3123632623		
Empresa	SENA		Antigüedad	30/12/99	Cargo	INSTRUCTOR	

II- ANTECEDENTES

A- LABORALES

EMPRESA	OFICIO	ANTIGUEDAD	TIEMPO DE EXPOSICION	EPP

B- PERSONALES

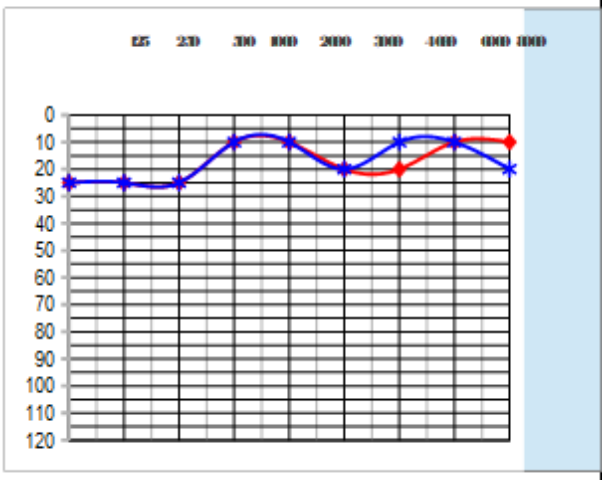
PATOLOGIAS O LESIONES AUDITIVAS	NO / SI	Cual						
Quirúrgicos	NO	Cual	NEGATIVO	EXPOSICION A RUIDO	NO	Cual	NEGATIVO	
Traumatico	NO	Cual	NEGATIVO	Medicamentoso	NO	Cual	NEGATIVO	
Observaciones	LINFOMA							
III- FAMILIARES	NO							

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	10	1000	10	1000		1000	
2000	10	2000	10	2000		2000	
3000	20	3000	20	3000		3000	
4000	20	4000	10	4000		4000	
6000	10	6000	10	6000		6000	
8000	10	8000	20	8000		8000	



VI- DIAGNOSTICO

AUDICION NORMAL BILATERAL

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 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

HORA SALIDA DE CONSULTA

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

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	**JHON DONATO**				
GÉNERO	MASCULINO	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	**1077969491**	**EDAD**	32 AÑOS
ENTIDAD	SENA		**EXÁMEN**	CUADRO HEMÁTICO	

CUADRO HEMÁTICO

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA	FROTIS DE SANGRE PERIFERICO
PARÁMETRO ERITROCITARIO				
ERITROCITOS	4.7	x10^6 /uL	3.50-5.20	
HEMOGLOBINA	15.0	g/dl	12.0-16.0	
HEMATOCRITO	47.0	%	35.0-49.0	
VCM	90.0	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	9.6	x10^3 /Ul	4.0-12.0	
% NEUTRÓFILOS	52.0	**%**	50.0-70.0	
% LINFOCITOS	43.0	**%**	20.0-60.0	
% MONOCITOS	4.0	**%**	3.0-12.0	
% EOSINÓFILOS	1.0	**%**	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	349.	x10^3 /uL	150-450	
OBSERVACIONES	LINEAS CELULARES NORMALES EN NÚMERO Y MORFOLOGÍA			

Analizado por:

Juanita Santos Diaz

Bacterióloga UCMC

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:	**JHON DONATO**	**GENERO:**	**MASCULINO**
IDENTIFICACIÓN:	**C.C 1077969491**	**EDAD:**	**32 AÑOS**

BIOQUÍMICA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia en Ayunas *Método: Hexoquinasa*	84.1 mg/dL	70 – 100 mg/dL
Triglicéridos *Método: Colorimétrico*	155.1 mg/dL	Normal: Menor de 150 mg/dL Límite alto: 150 – 199 mg/dL Alto: 200 – 499 mg/dL
Colesterol Total *Método: Colorimétrico*	148.9 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

Gmail

jhon jairo donato ariza <jdonatoariza@gmail.com>

Validación examenes medicos JHON JAIRO DONATO ARIZA

Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co> 27 de agosto de 2024, 11:52
Para: JDONATOARIZA <JDONATOARIZA@gmail.com>

Cordial Saludo, Respetado Jhon,

Espero se encuentre bien de salud,

De manera atenta, le informo que se valida el examen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual.

Agradezco su amable atención,

Diana Mercedes Hernández Jiménez
Profesional Administradora de Salud Ocupacional
Profesional HYSI
Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías De La Información,
Regional Distrito Capital
dmhernandezj@sena.edu.co
CEL: 3145184448
Calle 52 No. 13 - 65 - Oficina 302, Bogotá, Colombia

De: jhon jairo donato ariza <jdonatoariza@gmail.com>
Enviado: martes, 27 de agosto de 2024 11:23
Para: Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co>
Asunto: Validación examenes medicos JHON JAIRO DONATO ARIZA

No suele recibir correos electrónicos de jdonatoariza@gmail.com. Por qué esto es importante

[El texto citado está oculto]

Diana Mercedes Hernandez Jimenez
Ctro De Gestión De Mercados, Logís. Y Tecno. De La Informacion. - Contratista
dmhernandezj@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500
Calle 52 No 13-65

www.sena.edu.co
@SENAcomunica

Doctor House

CARRERA 10 No 27 - 04 TELEFONO 3208578
318712545458 -
semesiso2013@gmail.com

8.1 PRUEBAS DE COORDINACION MOTRIZ (LABERINTICAS , ESTIMULACION DE: VERTIGO PARA TRABAJO EN: ESPACIOS CONFINADOS - TRABAJO EN ALTURAS, USO PERMANENTE DE DISPLEYs, TELETRABAJO ENTRE OTROS)

EL PRESENTE CERTIFICADO ES ENTREGADO POR EL EXAMINADOR AL ASPIRANTE O AL EMPLEADOR Y LA COPIA REPOSA EN ARCHIVO (Res. 1995/1999 Min Salud)

(RESOLUCION 2346 DE 2007)- GUIA TECNICA COLOMBIANA NTC 4145

EMPRESA	PARTICULAR	em mision:	
	NOMBRE.	DOCUMENTO	<<
NOMBRE:	1077969491 DONATO ARIZA JHON JAIRO		
FECHA	20/02/2025		

8.1 PRUEBAS CALORICO LABERINTICAS (TRABAJO EN ALTURAS)

ANAMNESIS EN ORL	SI	NO	OBS	PRESENCIA DE MOVIMIENTOS OCULARES ES	SI	NO	OBS
HA TENIDO VERTIGO ALGUNA VEZ?		X		NISTAGMOS		X	
HA TENIDO NISTAGMUS		X		NISTAGMUS PENDULAR		X	
HA TENIDO TRASTORNOS EN LA AUDICION		X		NISTAGMUS EN RESORTE		X	
HA TENIDO ACUFENOS?		X		NISTAGMUS MIXTO		X	
LO HAN RECHAZADO EN ALGUN EXAMEN DE INGRESO		X		FASE LENTA		X	
HA TENIDO DESVANECIMIENTOS?		X		FASE RAPIDA		X	
USA AUDIFONO?		X		TORTICOLIS		X	
ESCUCHA BIEN?		X		ENDOTROPIA		X	

EXAMEN FISICO PABELLON AURICULAR, OTOSCOPIA

OTOSCOPIA	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGO
OIDO DERECHO	X		
OIDO IZQUIERDO	X		

	SI	NO		SI	NO
MARCHA CON OJOS CERRADOS (BABINSKI - WELL)			**PRUEBA DE INDICACION (BARANY)**		
NORMAL	X		NORMAL	X	
LATERALIZACION A LA DERECHA		X	DESVIO DE INDICES A LADO HIPOVALENTE		
LATERALIZACION A LA IZQUIERDA		X	CONVERGE DIVERGE O CAE		
ROMBERG			**PRUEBA DE FUNCIONA CEREBELAR**		
NORMAL	X		NORMAL	X	
ANORMAL			ANORMAL		
ROMBER REFORZADO			**UNTERBERGER**		
NORMAL	X		NORMAL	X	
ANORMAL			ANORMAL		

PRUEBA DE HALLPIKE (NISTAGMUS PORT CALORICO)

OIDO DERECHO	SI	NO	OIDO IZQUIERDO	SI	NO

14. CONCEPTO GENERAL

SATISFACTORIO	X	NO APTO PARA EL CARGO A QUE ASPIRA (SI PARA	
SATISFACTORIO Y/O CON RECOMENDACIONES		NO SATISFACTORIO PERO APTO PARA EL CARGO A QUE ASPIRA O QUE ACTUALMENTE EJERCE	
SATISFACTORIO PARA TRABAJO EN ALTURAS		REQUIERE NUEVA VALORACION O APLAZAMIENTO	
SATISFACTORIO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS		NO APRTO NO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO		OTRO.	

AMPLIACION DE RECOMENDACIONES:

DOCTOR House
SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS
CARRERA 9 No. 20-10 CONS. 301 TUNJA
CEL. 3208578854 - 3187125458 - NIT. 900397812-2

FIRMA MEDICO EXAMINADOR	SELLO Y REGISTRO MEDICO

docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSegJiHKVmmImKBjCWNr7cUgrr_x4Yk0ISVkhvIyrsGcwovYMw/alreadyresponded

Nuevo Chrome disponible

Hotmail gratuito | Personalizar vínculos | Windows Media | Windows | Foro Antivirus • Ver... | Scaled Agile Frame... | Como estimamos pr... | Cómo estimo el val... | Todos los marcadores



Ya has respondido

Se ha registrado tu respuesta

Solo puedes rellenar este formulario una vez.

Ponte en contacto con el propietario del formulario si crees que se trata de un error.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Does this form look suspicious? Informe

Google Formularios

ESP LAA 12:22 p. m. 22/02/2025