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 FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**96895-944849**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN SEBASTIAN CASTILLO SANCHEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.100.964.368	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jcastillosa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	62795679630
IP/Nº de contacto:	73975	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7439470/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**14125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE RED INSTITUCIONAL DE ENSEÑANZA DE IDIOMAS PARA FOR

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.834.915
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.834.915
Valor Bruto Pago:	**$ 2.913.024,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.921.891

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.913.024	Honorarios profesionales a persona NO declarante d	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	**$ 2.913.024**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.029.324**	**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		$ 711.750	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 89.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 113.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 3.800	$ 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	$ 677.000	
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	2.029.324,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.710.124,00	
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	0,00	0,966%
-	0,00	0,966%
-	0,00	0,966%
-	0,00	0,966%
-	0,00	0,966%
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	**$2.913.024,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 3068199 REGENCIA DE FARMACIA REALIZAR INTERCAMBIOS SOCIALES Y PRÁCTICOS MUY BREVES, CON UN VOCABULARIO SUFICIENTE PARA
FICHA 2927848 REGENCIA DE FARMACIA REALIZAR INTERCAMBIOS SOCIALES Y PRÁCTICOS MUY BREVES, CON UN VOCABULARIO SUFICIENTE PARA
FICHA 3141706 AIPI DESCRIBIR A NIVEL BASICO, DE FORMA ORAL Y ESCRITA EN INGLES PERSONAS, SITUACIONES Y LUGARES DE ACUERDO CON SUS
FICHA 2995631 REGENCIA DE FARMACIA ENCONTRAR Y UTILIZAR SIN ESFUERZO VOCABULARIO Y EXPRESIONES DE INGLÉS TÉCNICO EN ARTÍCULOS DE
FICHA 2874981 TSASS PONER EN PRÁCTICA VOCABULARIO BÁSICO Y EXPRESIONES COMUNES DE SU ÁREA OCUPACIONAL EN CONTEXTOS ESPECÍFICOS DE
FICHA 3077163 AIPI . PONER EN PRÁCTICA VOCABULARIO BÁSICO Y EXPRESIONES COMUNES DE SU ÁREA OCUPACIONAL EN CONTEXTOS ESPECÍFICOS DE
FICHA 2965477 REGENCIA FARMACIA (CRUZ VERDE) RELACIONARSE CON HABLANTES NATIVOS EN UN GRADO SUFICIENTE DE FLUIDEZ Y NATURALIDAD,
FICHA 2995734 COSMETOLOGIA . PONER EN PRÁCTICA VOCABULARIO BÁSICO Y EXPRESIONES COMUNES DE SU ÁREA OCUPACIONAL EN CONTEXTOS
FICHA 2823944 REGENCIA DE FARMACIA - FICHA 2927860 Servicios Farmaceuticos

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

JUAN SEBASTIAN CASTILLO SANCHEZ
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,

LUZ ANGELA SANTAMARIA BURGOS
INSTRUCTOR

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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1100964368 JUAN SEBASTIAN CASTILLO SANCHEZ	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**ACTIVO-NUEVO DEC 2353**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**4**
Fecha Afiliación:	**01/02/2025**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 24 de Febrero de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

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:

JUAN SEBASTIAN CASTILLO SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.964.368**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141080808150

(415)7707212489984(8020) **000014108080815 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 0 9 6 4 3 6 8	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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 1 0 0 9 6 4 3 6 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTILLO	SANCHEZ	JUAN	SEBASTIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

41. Dirección principal: CR 9 16 38 AP 301

42. Correo electrónico: juanse_castillosanchez@hotmail.com

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

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
7 0 1 0	2 0 1 7 0 2 1 5	7 0 2 0	2 0 1 7 0 2 1 5			2 1 4 5	

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	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1100964368		CASTILLO SANCHEZ JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 5 # 10-49	SAN GIL-SANTANDER	7245074	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1115969064	9478747857	I	2025/01/17	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$179,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$606,667	$97,100			$606,667	$75,900			$0	$0			$606,667		$6,400		$0	$0		$179,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$606,667	$97,100			$606,667	$75,900			$0	$0			$606,667		$6,400		$0	$0		$179,400
Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$606,667	$97,100			$606,667	$75,900			$0	$0			$606,667		$6,400		$0	$0		$179,400
1	CC	1100964368 CASTILLO JUAN	X	X																23030 1	14	$606,667	$97,100	EPS005	14	$606,667	$75,900		0	$0	$0	14-23	14	$606,667	1.044%	$6,400	0	$0	$0	No	$179,400
Total		**Afiliados(1)**																				$606,667	$97,100			$606,667	$75,900			$0	$0			$606,667		$6,400		$0	$0		$179,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1100964368		CASTILLO SANCHEZ JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 5 # 10-49	SAN GIL-SANTANDER	7245074	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1115969064	9478747857	I	2025/01/17	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$179,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,100	$0	$0	$97,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$97,100	$0	$0	$97,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,400	$0	$0	$6,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,400	$0	$0	$6,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$75,900	$0	$0	$75,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$75,900	$0	$0	$75,900
TOTAL				1	$179,400	$0	$0	$179,400

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, **JUAN SEBASTIAN CASTILLO SANCHEZ** identificado con **CC** No. **1100964368**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 09/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **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): 202501012829373.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de febrero de 2025.

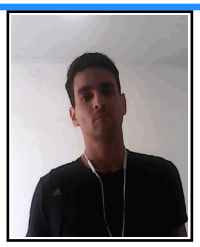
Cordialmente,

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

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 31.375

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2023 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CASTILLO SANCHEZ JUAN SEBASTIAN	MASCULINO	29 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	1100964368 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRÍA	✓	VALORACION PSICOLOGICA	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	EVALUACION MEDICO CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP : EN SITIO DE TRABAJO	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA Y EJERCICIO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : MINIMO DOS VECES AL DIA	HACER DEPORTE : MINIMO 30 MINUTOS DIARIOS POR CINCO DIAS A LA SEMANA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUENAS CONDICIONES GENERALES, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL, NO PRESENTA SIGNOS SUGESTIVOS DE COVID 19, PORCENTAJE DE SATURACIÓN NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EVALUACION OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES.REPORTE DE AUDIOMETRIA NORMAL, REPORTE DE OPTOMETRIA NORMAL, REPORTE DE PARACLINICOS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALE, REPORTE DE PSICOLOGIA SIN FLUCTUACIONES EN EL ESTADO DE ANIMO.PUEDE INICIAR LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERÁ CONTRATADO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:



Nombre: PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO

R. M.: 01419 SSS **L.S.O.:** 02437 SSS

Código de Seguridad

J198P1V31375

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: CASTILLO SANCHEZ JUAN SEBASTIAN

CC: 1100964368

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) 24/01/2023 10:10 a.m.
Tipo Evaluacion Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Empresa: PARTICULARES **Cargo:** INSTRUCTOR
Nombres y Apellidos: CASTILLO SANCHEZ JUAN SEBASTIAN **:CC** 1100964368 **de** SAN GIL **Fecha de Nacimiento:** 24/11/1993 12:00
Edad: 29 AÑOS 1 M **Lugar de Nacimiento:** SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CRA 9 #16-38
Estudios: UNIVERSITARIO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **E.P.S:** SANITAS **A.F.P:** NO REFIERE **A.R.L:** NO REFIERE

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

DENTRO E LOS LIMITES NORMALES NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES
EVALUACION CARDIOVASCULAR NORMAL

MÉDICO

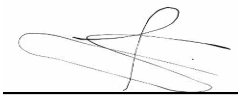


Firma:

Nombre: PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO

R. M.: 01419 SSS **L.S.O.:** 02437 SSS

TRABAJADOR



Firma:

Nombre: CASTILLO SANCHEZ JUAN SEBASTIAN

CC 1100964368

CONSULTORIO DE
OPTOMETRIA
DR. BRAULIO BENITO DÍAZ GÓMEZ

La mejor opción para sus ojos

EXAMEN VISUAL

SALUD OCUPACIONAL

NOMBRE: Juan sebastian Castillo sanchez FECHA: 24/01/23.

I.D : 1100964368. EDAD: 29 años.

AV SC OD	20/20	AV SC OD	20/20
VL OS	20/20	VP OS	20/20
AV CC OD	No usa	AV CC OD	No usa
VL OS		VP OS	

ESTADO REFRACTIVO: Estado Emetrope

ESTADO MOTOR. Dentro limites normales

PERCEPCION AL COLOR: Dentro limites normales Rojo/verde

RECOMENDACIONES

- Valoración visual completa
- Uso de gafas
- Remisión a oftalmología
- NINGUNA ✓

Dr. Braulio B. Diaz Gomez O.D.
Optometria Clinica
R.P. # 0297

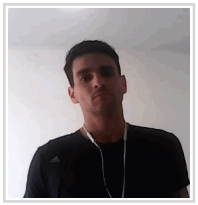
EXAMINADOR:

Salud Visual Preventiva

CEMESO IPS SAS
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com

Código de Seguridad
J198P33V35627



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 35627

Municipio: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 24 de enero de 2023 09:41:15 a.m.

Nombres y Apellidos: CASTILLO SANCHEZ JUAN SEBASTIAN **CC:** 1100964368 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 24/11/1993 **Edad:** 29 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

CUADRO HEMÁTICO

HEMOGRAMA	RESULTADO	VALOR NORMAL
Hematocrito%	45%	M: 37 – 47 H: 40 – 54
Hemoglobina g/dl	15.0g/dl	M: 12 - 16 H: 13 – 17
Rcto. Leucocitos / mm3	9.900/mm3	5.000 - 10.000
Neutrófilos	39%	40 - 60 %
Linfocitos	56%	20 - 40 %
Eosinófilos	5%	2 - 5 %
Monocitos		2 - 10 %
Basófilos		0 - 2 %
Cayados		0 - 5 %
Rcto. Plaquetas / mm3	325.500/mm3	150.000 - 450.0000
OBSERVACIONES		

Leidy Stefany Florez Puentes
Bacteriólogo(a) RP: TP07868

QUÍMICA

PERFIL LIPÍDICO

QUIM. SANGUINEA	RESULTADO	VALOR NORMAL
Colesterol total	103.0	Hasta 220 mg/dl
Colesterol HDL	60.0	M: > 65 H: > 55 mg/dl
Colesterol LDL	17.0	Menor de 160 mg/dl
Triglicéridos	130.0	Hasta 150 mg/dl

OBSERVACIONES: RESULTADOS VALIDADOS CON CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS. CORRELACIONAR RESULTADOS CON CLINICA DEL PACIENTE.

Leidy Stefany Florez Puentes
Bacteriólogo(a) RP: TP07868

GLICEMIA

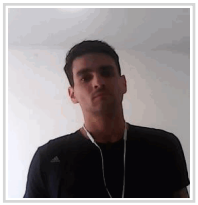
QUIM. SANGUINEA	RESULTADO	VALOR NORMAL
Glicemia en ayunas	82.9	70 - 100 mg/dl
Glicemia post		Menor de 140 mg/dl

OBSERVACIONES: RESULTADOS VALIDADOS CON CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS. CORRELACIONAR

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com

Código de Seguridad
J198P33V35627



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 35627

Municipio: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 24 de enero de 2023 09:41:15 a.m.

Nombres y Apellidos: CASTILLO SANCHEZ JUAN SEBASTIAN **CC:** 1100964368 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 24/11/1993 **Edad:** 29 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

Leidy Stefany Florez Puentes
Bacteriólogo(a) RP: TP07868

CEMESO IPS SAS

EDGAR FERNANDO PINZON LASPRIL
CRA 10 NO 16-33 01 SAN GIL, COLOMBIA

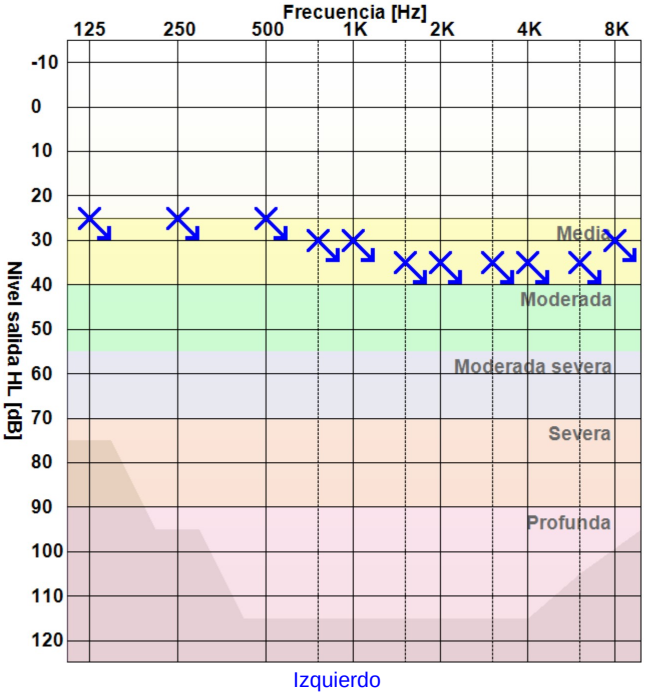
607237917

UAN SEBASTIAN CASTILLO SANCHEZ

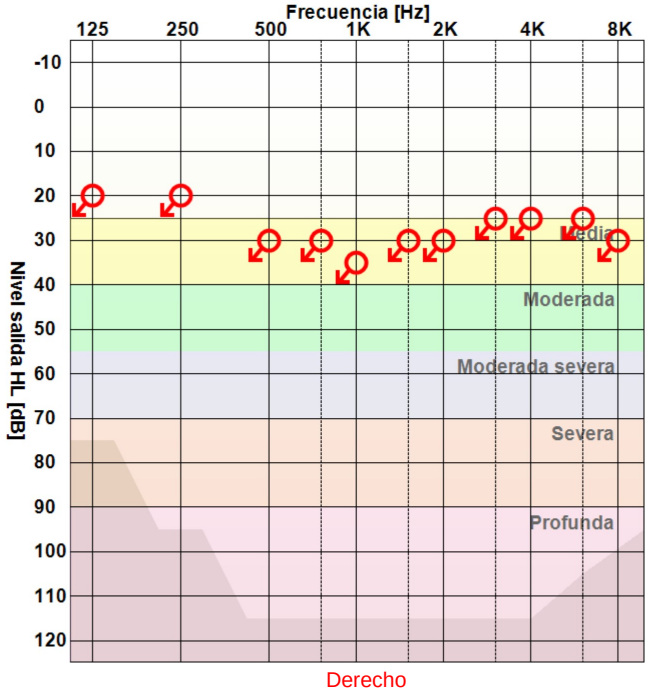
Nº	1100964368
Fecha nacimiento	24/11/1993
Edad	29
Empresa/ Escuela	PARTICULAR

24/01/2023 10:30 a. m.

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
Aerea izquierda	(25)	(25)	(25)	(30)	(30)	(35)	(35)	(35)	(35)	(35)	(30)
Áereo derecha	(20)	(20)	(30)	(30)	(35)	(30)	(30)	(25)	(25)	(25)	(30)



Izquierdo



Derecho

Notas:

DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES --EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, 2023-01-24 10:33:00

Legend	L	R
AC	X	O
AC - Masked	□	△
BC	>	<
BC - Masked	]	[
MCL	M	M
UCL	U	U
AC - Mask Level	—	—
BC - Mask Level	⌐	¬

Usuario: EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA

Información del audiometro: Numero de serie: 930-1703-NAES Tipo: Oscilla® SM-930 Fecha de calibración: 20170531

CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

CERTIFICADO PSICOLÓGICO

Por el presente la psicóloga que suscribe certifica:

Haber evaluado al profesional, **JUAN SEBASTIAN CASTILLO SANCHEZ,** de 29 años de edad, con grado de instrucción pregrado administración de empresas, quien aspira desempeñar actividades laborales como instructor del área de inglés en el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, El, Natural de San Gil, Santander, estado civil soltero e identificado con Cedula de Ciudadanía N. **1100964368** de San Gil, Santander.

Persona a la cual se le realizó entrevista, arrojando como resultado que se encuentra entre los límites normales, adaptativo a la sociedad la cual está representando, persona que no tiene preferencias entre permanecer y trabajar sola, o ser participativa socialmente, presenta niveles equilibrados en su personalidad, es prudente, sociable y espontánea. Dispuesta a intentar nuevas cosas. Se muestra sencillo, natural, sincera. Tiende a ser autosuficiente e ingenioso, lleno de recursos, Usualmente busca resolver los problemas por sí mismo. Emocionalmente es una persona estable, madura y realista. No deja que sus necesidades emocionales afecten la realidad de las situaciones, actúa igual entre las respuestas de pensamiento y sentimiento.

Presenta características conductuales estables lo cual le permite ser una persona con buena discriminación de la realidad, sin fluctuaciones en el estado de ánimo, su ubicación global normal. Persona segura, tranquila, flexible y serena. Intelectualmente, es muy imaginativa. Se entusiasma rápidamente, sienten pasión por la vida, por el conocimiento, por el trabajo.

Por lo anterior se hace énfasis que el paciente se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales. No demuestra patologías de orden superior ni otras que versen sobre enfermedad mental, por lo cual goza de plena conciencia, encontrándose dentro de los parámetros establecidos para lo cual lo requiere, sin ninguna intervención psicológica de forma clínica.

Se expide el presente certificado en la ciudad de san gil, a los veinticuatro (24) días del mes de enero del año 2023. A solicitud del interesado.

ELIZABETH SANCHEZ RODRIGUEZ
Psicóloga Esp, gerencia en riesgos laborales SST

ELIZABETH SANCHEZ RODRIGUEZ
Psicóloga
Esrmag26@hotmail.com
Cel: 300 257 8007