



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 BOLÍVAR

CENTRO NAUTICO ACUICOLA Y PESQUERO-BOLÍVAR

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

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| Código Regional   | 13                    |
| Código Centro     | 910510                |
| Fecha Elaboración | 28 de Febrero de 2025 |
| Versión           | ENERO - 2.25          |
| ID de Proceso     | 10537-151085          |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|  |                             |   |            |
|--|-----------------------------|---|------------|
| Nombres y apellidos:   | ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ | Banco a consignar:                              | BANCO BBVA |
| Cédula de Ciudadanía   | 1.063.482.058               | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS    |
| Correo electrónico:  | elsylore15@hotmail.com      | Número de Cuenta:                               | 0253001368 |
| IP/Nº de contacto:   | 3114382192                  | 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?                                    |                             |   |            |
| Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000   |                             |   |            |
| 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) |                             |   |            |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?                       |                             |   |            |
| Concepto del pago corresponde a:   |                             |   |            |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.   |                             |   |            |

**DATOS DEL CONTRATO**

|  |   |                    |       |  |    |
|--|---|--------------------|-------|--|----|
| Nº del contrato:   | 7506444/2025  | Nº Compromiso SIIF | 11125 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | INSTRUCTOR.RAD.CPE NO. 13-9-2025-001750- PRESTAR SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL APLICANDO MODELO PEDAGÓGICO ESTABLECIDO POR LA ENTIDAD Y EL PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN DE LA FPI, PREVIA PROGRAMACIÓN CONCERTADA CON EL COORDINADOR D |                    |       |  |    |

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

|                   |                 |    |            |                              |               |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 20/02/2025      | Al | 28/02/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 45.995.113 |
| Número de pago    | 1               |    |            | Valor Total del Contrato:    | \$ 45.995.113 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 2.299.757,00 |    |            | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 43.695.356 |

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

|  |                     |                                       |             |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 2.299.757        | Ninguno                               | 0,00%       |
| Ingresos por comisiones                    | \$ 0                | Retencion en la Fuente del Periodo    | \$ 0        |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0                |                                       |             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>          | <b>\$ 2.299.757</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos      | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>    | <b>\$ 1.570.057</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |

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

|  | Febrero       | Enero      | Base retención en la fuente a titulo de RENTA |                       | TARIFA |
|--|---------------|------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                                    | -----         | 7959572059 | Base retención en la fuente a titulo de ICA   | 1.570.057,00          |        |
| Ingreso Base de Cotización - IBC   | \$ 711.750    | \$ 0       | Base retención en la fuente a titulo de IVA   | 2.299.757,00          |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    | \$ 89.000     | \$ 0       | Valor base IVA                                | 0,00                  |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  | \$ 113.900    | \$ 0       | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00                  | 19%    |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                            | \$ -          | \$ 0       | Menos Retención en la Fuente                  | 0,00                  | 0,00%  |
| ARL  | \$ 3.800      | \$ 0       | Menos Retencion IVA                           | 0,00                  | 15%    |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -          |            | Reteica - 8299 - CARTAGENA                    | 19.686,00             | 0,856% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                    | \$ -          |            |   | 0,00                  | 0%     |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes                      | \$ -          |            |   | 0,00                  | 0%     |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                          | \$ -          |            |   | 0,00                  | 0%     |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC  | \$ -          |            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias                            | \$ -          |            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda   | \$ -          |            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Dependientes hasta   | \$ -          |            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Salud hasta  | \$ 796.784    | \$ -       | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Renta Exenta 25%   | \$ 36.062.775 | \$ 523.000 |   | 0,00                  |        |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 0          |            | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                  |        |
| Retención en la Fuente Contingente   | \$            |            | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$2.280.071,00</b> |        |

**SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL SETENTA Y UN PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

|   |
|---|
| Se impartio formacion en la ficha 2925713 Asistencia Administrativa |
| Se impartio formacion en la ficha 2925150 Logistica                 |
| Alistamiento de Fichas Grado 10 recepcion de documentos             |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

|  |   |
|--|---|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>  |   |
| 1. Cumpli 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 |   |
|  | <b>ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ<br/>EL CONTRATISTA</b> |

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

|  |  |
|--|--|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:  | <u>Autorizo</u> el presente pago.<br>El Supervisor,  |
| 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 periodo 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. | <b>CARMEN MARIA DAVILA MILLAN<br/>INSTRUCTOR G20</b> |

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  
ROBERTO PLATA CHACON  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |  |   |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|---|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:<br>NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:<br>CIUDAD/MUNICIPIO:<br>DIRECCIÓN:<br>TIPO APORTANTE:<br>FORMA DE PRESENTACIÓN:<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | CÉDULA DE CIUDADANÍA<br>ALTO DEL ROSARIO<br>DANIEL LEMAITRE CALLE 67 # 14-61<br>02-INDEPENDIENTE<br>PRIVADA<br>ÚNICO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:<br>DEPARTAMENTO:<br>TELÉFONO:<br>CLASE APORTANTE:<br>ACTIVIDAD ECONOMICA: | 1063482058<br>ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ<br>BOLIVAR<br>1234567<br>I-INDEPENDIENTE<br>Otras actividades de servicios personales n.c.p.<br>NO | NÚMERO PLANILLA:<br>PERIODO COTIZACIÓN OTROS<br>DÍAS DE MORA:<br>FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | MES<br>enero AÑO<br>2025<br>0<br>2025/02/07 | TIPO DE PLANILLA:<br>PERIODO COTIZACIÓN SALUD:<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN: | I-INDEPENDIENTES<br>2025<br>MES<br>enero AÑO<br>1249961698 |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |                  |             |             |                  |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------------|-------------|-------------|------------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES          |             |             |                  |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES          | MORA        | DESCUENTO   | VALOR PAGADO     |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 30.400  | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 30.400        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 30.400        |
| <b>SUBTOTALES:</b>      |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | <b>\$ 30.400</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 30.400</b> |

| TOTAL APORTES A SALUD |  |                |                            |       |                     |       |               |           |             |                  |             |             |             |                  |           |
|-----------------------|--|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-----------|-------------|------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|-----------|
| ADMINISTRADORA        |  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |           | LIQUIDACIÓN |                  | MORA        |             | TOTALES     |                  |           |
| CÓDIGO                | NOMBRE                                 |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR     | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES      | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | APORTES     | MORA             | DESCUENTO |
| ESSC07                | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1              | \$ 0                       | \$ 0  | \$ 0                | \$ 0  | \$ 0          | \$ 23.800 | \$ 0        | \$ 0             | \$ 0        | \$ 23.800   | \$ 0        | \$ 0             | \$ 23.800 |
| <b>SUBTOTALES:</b>    |  |                |                            |       |                     |       |               |           |             | <b>\$ 23.800</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 23.800</b> |           |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |   |                |                     |       |                      |          |             |            |             |                 |             |             |              |                 |          |
|---------------------------------------|---|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|--------------|-----------------|----------|
| ADMINISTRADORA                        |   | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       | SALDO A FAVOR        |          | LIQUIDACIÓN |            | MORA        |                 | TOTALES     |             |              |                 |          |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR       | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES         | MORA        | DESCUENTO   | VALOR PAGADO |                 |          |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1              | \$ 0                | \$ 0  | \$ 0                 | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0       | \$ 1.000    | \$ 0            | \$ 0        | \$ 1.000    | \$ 0         | \$ 0            | \$ 1.000 |
| <b>SUBTOTALES:</b>                    |   |                |                     |       |                      |          |             |            |             | <b>\$ 1.000</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 0</b>  | <b>\$ 1.000</b> |          |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                             |  |                   |                |                 |            |            |                    |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |              |     |                 |          |            |            |              |             |           |          |                           |              |  |          |              |            |             |              |   |          |            |                   |              |          |      |      |      |      |      |        |      |      |      |      |
|-------------------------------|----------------|-----------------------------|--|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|-----|-----------------|----------|------------|------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|--|----------|--------------|------------|-------------|--------------|---|----------|------------|-------------------|--------------|----------|------|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                             |  | NOVEDADES         |                |                 |            |            |                    |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PARAFISCALES |     |                 |          |            |            |              |             |           |          |                           |              |  |          |              |            |             |              |   |          |            |                   |              |          |      |      |      |      |      |        |      |      |      |      |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                     | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TAE | TDP | TAP              | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT          | IRP | PENSIÓN         |          |            |            | SALUD        |             |           |          | ARP                       |              |  |          | PARAFISCALES |            |             |              |   |          |            |                   |              |          |      |      |      |      |      |        |      |      |      |      |
|                               |                |                             |  |                   |                |                 |            |            |                    |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |              |     | ADMIN           | DÍAS COT | IBC        | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN                                  | DÍAS COT | IBC          | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN                                   | DÍAS COT | IBC        | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC  | CCF  | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |      |      |      |      |
| 1                             | CC 1063482058  | FUENTES RAMIREZ ELCY LORENA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.423.500   |                 |            |            | NO                 | 27  |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |              |     | 230301-PORVENIR | 4        | \$ 189.800 | \$ 30.400  | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 30.400    | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 4        | \$ 189.800   | \$ 23.800  | \$ 0        | \$ 23.800    | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 4        | \$ 189.800 | 106348205         | \$ 1.000     | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0   | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 |

**TOTAL** **\$ 55.200**



## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **FUENTES RAMIREZ ELCY LORENA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1063482058** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**

IPS de atención: **UNION TEMPORAL IPS DELTA-CITISALUD**

Categoría: **A**

Fecha de afiliación: **08/08/2022**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 05 de febrero del 2025. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

### Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web [www.mutualser.com](http://www.mutualser.com) opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



---

**LUIS BARRAZA**  
**Director de Operaciones - Contributivo**  
**[infocontributivo@mutualser.org](mailto:infocontributivo@mutualser.org)**  
**MUTUAL SER EPS**

## BBVA Colombia NIT 860.003.020-1 Certifica

Que nuestro(a) cliente ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,063,482,058 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 253001368 aperturada el 29 de septiembre de 2023 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 4 de febrero de 2025.


---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0253001368           |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0253000200001368     |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130253000200001368 |

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*





**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:**

**ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.063.482.058**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 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.



**FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

SEÑOR CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

2025021703106348205801

**I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

|                                  |                             |                        |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| * TIPO DOC. CC                   | PRIMER APELLIDO             | FUENTES                |
| No. DE DOCUMENTO                 | SEGUNDO APELLIDO            | RAMIREZ                |
| 1063482058                       |                             |                        |
| PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE              | LORENA                 |
| ELCY                             |                             |                        |
| * FECHA NACIMIENTO               | SEXO                        | NACIONALIDAD           |
| AÑO 1986 MES 12 DÍA 15           | M F                         | COLOMBIA               |
| EPS ACTUAL                       | AFP ACTUAL                  | PORVENIR               |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SC |                             |                        |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA             | DANIEL LEMAITRE CL 67 14 61 |                        |
| DEPARTAMENTO                     | BOLIVAR                     |                        |
| MUNICIPIO                        | CARTAGENA (DISTRITO)        |                        |
| CELULAR O TELÉFONO FIJO          | CORREO ELECTRÓNICO          | ELSYLORE15@HOTMAIL.COM |
| 3114382192                       |                             |                        |

**II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO**

|                           |   |                                    |                                |  |                                  |  |                             |  |
|---------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------|--|
| TIPO:                     | ADMINISTRATIVO <input checked="" type="checkbox"/>  | COMERCIAL <input type="checkbox"/> | CIVIL <input type="checkbox"/> | PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/>  | PRIVADO <input type="checkbox"/> | SUMINISTRO DE TRANSPORTE               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| * FECHA INICIO            | AÑO 2025 MES 02 DÍA 17  | * FECHA DE TERMINACIÓN             | AÑO 2025 MES 12 DÍA 19         | No. DE MESES                                 | 10                               |  |                             |  |
| DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO | LUNES <input checked="" type="checkbox"/> MARTES <input checked="" type="checkbox"/> MIERCOLES <input checked="" type="checkbox"/> JUEVES <input checked="" type="checkbox"/> VIERNES <input checked="" type="checkbox"/> SABADO <input checked="" type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> |                                    | DE                             | 06:00 AM <input checked="" type="checkbox"/> | HASTA                            | 06:00 AM <input type="checkbox"/>      |                             |  |
| VALOR TOTAL               | \$45995113  | VALOR MENSUAL                      | \$4599511                      | * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN                 | \$1839804                        |  |                             |  |
| * ACTIVIDAD A EJECUTAR    | FORMACIÓN ACADÉMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACIÓN   |                                    |                                | CÓDIGO                                       | 1855101                          | ISO ARL                                |                             |  |
| CARGO U OCUPACIÓN         | INSTRUCTOR  |                                    |                                | TAXISTA                                      | SI <input type="checkbox"/>      | NO <input checked="" type="checkbox"/> |                             |  |
| DIRECCIÓN                 | DEPARTAMENTO DE BOLIVAR   |                                    |                                |  |                                  |  |                             |  |
| DEPARTAMENTO              | BOLIVAR   |                                    |                                | MUNICIPIO                                    | CARTAGENA (DISTRITO)             |  |                             |  |

**III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.**

|                              |                 |                                       |   |                                 |                      |
|------------------------------|-----------------|---------------------------------------|---|---------------------------------|----------------------|
| * ENTIDAD CONTRATANTE        | TIPO DOC. NI    | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA |   |                                 |                      |
| No. DE DOCUMENTO             | DV 1            | * NOMBRE O RAZÓN SOCIAL               |   |                                 |                      |
| 899999034                    |                 |                                       |   |                                 |                      |
| CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA   | 1855101         | DE ARL                                | La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13) |                                 |                      |
| DIRECCIÓN PRINCIPAL          | KM 5 VI MAMONAL |                                       |   |                                 |                      |
| DEPARTAMENTO                 | BOLIVAR         |                                       |   | MUNICIPIO                       | CARTAGENA (DISTRITO) |
| TELÉFONO                     | 6685119         | FAX                                   | CORREO ELECTRÓNICO  | SERVICIOALCIUDADANO@SENA.EDU.CO |                      |
| * DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO | TIPO DOC. CC    | PRIMER APELLIDO                       | PLATA   |                                 |                      |
| No. DE DOCUMENTO             |                 | SEGUNDO APELLIDO                      | CHACON  |                                 |                      |
| 73091713                     |                 |                                       |   |                                 |                      |
| PRIMER NOMBRE                | ROBERTO         |                                       | SEGUNDO NOMBRE  |                                 |                      |

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERDÍCICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Formulario Firmado Electrónicamente / 2025-02-18 / 9:07:23

\* ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA  
1855101  
CLASE DE RIESGO 1  
TARIFA 0,52200

\* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (\*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

# AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx>

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) Realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales.  Sí  No

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.  Sí  No

E. Declaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.

Correo Electrónico: [servicioalcliente@positiva.gov.co](mailto:servicioalcliente@positiva.gov.co)

Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.

Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

- Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
- Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
- Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
- Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de CARTAGENA (DISTR) los (18) días del mes de febrero del año 2025

Formulario Firmado Electrónicamente / 2025-02-18 / 9:07:23

ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ

Firma del Trabajador Independiente

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

[www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### Hace constar:

Que el Sr(a) ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1063482058 el día 26/02/2025 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



### Hace constar:

Que el Sr(a) ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1063482058 realizó el día 26/02/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1063482058 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 -

# Centro Médico Iris De Avila

## Especialista Salud Ocupacional

Cartagena - Bolívar CODIGO DE PRESTADOR 1300103224-01  
NIT 901295132-8



### CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA DEL EXAMEN: DIA: 28 MES: 09 AÑO: 2023 CIUDAD: CARTAGENA DEPARTAMENTO: BOLIVAR

|   |         |                    |             |                                   |               |
|---|---------|--------------------|-------------|-----------------------------------|---------------|
| NOMBRE: ELCY LORENA                           |         | F                  | M           | EPS: MUTUAL SER                   | EDAD: 36 AÑOS |
| APELLIDOS: FUENTES RAMIREZ                    |         | X                  |             | CIUDAD DE NACIMIENTO: CHIMICHAGUA |               |
| DOCUMENTO IDENTIFICACION: 1.063.482.058       |         |                    |             | DEPARTAMENTO: CESAR               |               |
| DIRECCION: BARRIO DANIEL LEMAITRE #67-14 - 61 |         |                    |             | FECHA NACIMIENTO                  |               |
| Estado Civil                                  | Soltero | Casado             | Unión Libre | Hijos                             | N.º           |
|   |         |                    | X           |                                   |               |
|   |         | TIPO DE SANGRE: O+ |             | Día                               | Mes           |
|   |         |                    |             | 15                                | 12            |
|   |         |                    |             | Año                               | 1986          |

|                                  |                      |                     |                     |                                    |                      |
|----------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|----------------------|
| EMPRESA: SENA                    | EPS: MUTUAL SER      | ARL: POSITIVA       | AFP: PORVENIR       | HORARIO DIURNO                     | X                    |
| CARGO: INSTRUCTOR                | Aspira: X            | Ejecuta:            | Desempeña:          | HORARIO NOCTURNO                   |                      |
| TIPO DE EXAMEN                   | Ingreso: X           | Periódico:          | Egreso:             |                                    |                      |
| LABOR REALIZADA                  | De pie: X            | Sentada: X          | Deambulando:        |                                    |                      |
| RIESGO ANTERIOR                  | Biológico: X         | Seguridad: X        | Físico: X           | Ergonómico: X                      | Químico:             |
| EMPRESA SOLICITANTE              |                      |                     | OCUPACION           | CELULAR                            |                      |
| SENA                             |                      |                     | INSTRUCTORA         | 311-4382192                        |                      |
| Estudios diagnósticos Especiales | Laboratorios Clínico | Laboratorio Clínico | Laboratorio Clínico | Vacunación con Enfoque Ocupacional |                      |
| Visiometría                      | X Hemoclasificación  | Frotis Garganta     | Perfil Lipídico     | X                                  | Hepatitis B          |
| Audiometría                      | X Cuadro Hemático    | X AST (GPT)         | Colesterol Total    |                                    | Influenza            |
| Espirometría                     | X Glicemia           | X ALT (GOT)         | Colesterol HDL      |                                    | Antitetánico toxoide |
| Optometría                       | X Parcial de Orina   | X BUN               | Colesterol LDL      |                                    | Fiebre Amarilla      |
| Imagenología ( Rx )              | Coprológico          | Creatinina          | Triglicéridos       |                                    | Neumococo 13         |
| Electrocardiograma               | KOH Uñas             | Colinesterasa       | Cocaína             |                                    |                      |
| Osteomuscular                    | X PSA                | VDRL                | Marihuana           |                                    | Psicosocial          |
| Foniatría                        | X                    | Serología II        | Alcohol             |                                    | X                    |

#### RESULTADOS DE ESTUDIOS CLÍNICOS

|                        | NORMAL | ANORMAL |
|------------------------|--------|---------|
| OSTEOMUSCULAR          | X      |         |
| COMPLEMENTARIOS        | X      |         |
| CONCEPTO / SEGUIMIENTO |        |         |

| EXAMEN DE INGRESO  | EXAMEN PERIODICO   | EXAMEN DE EGRESO  |
|--|--|---|
| Apto Para el Cargo   | Satisfactorio  | Satisfactorio   |
| Apto con restricciones que no impiden su capacidad laboral | Presenta condiciones de enfermedad común que deben ser valoradas por la EPS. | Presenta limitaciones de origen común que deben ser valorados por EPS.    |
| Apto con restricciones que limitan su capacidad laboral    | Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo.          | Presenta secuelas de accidente de trabajo                                 |
| No apto para el Cargo                                      | Presenta secuelas de accidente de trabajo                                    | Presenta signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por ARL |
| Aplazado   | Presenta signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la ARL | Valoración por medicina laboral para evaluación y calificación.           |
| Apto Con recomendaciones                                   | X Apto Con recomendaciones   |   |

*Pedro Mercado De Avila*  
Médico  
Esp. Salud Ocupacional  
L.P. 1576

**PEDRO LUIS MERCADO DE AVILA**  
Médico Especialista Salud Ocupacional  
RC. 1576

*ELCY F R*

**FIRMA DEL TRABAJADOR**  
Reg. No. IDP 01450

# Centro Médico Iris De Avila

## Especialista Salud Ocupacional

Cartagena - Bolívar CODIGO DE PRESTADOR 1300103224-01  
NIT 901295132-8



### CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

|  |         |         |  |                   |  |
|--|---------|---------|--|-------------------|--|
| FECHA:   | DIA: 28 | MES: 09 | AÑO: 2023  | CIUDAD: CARTAGENA | DEPARTAMENTO: BOLIVAR                                |
| NOMBRE: ELCY LORENA  |         |         | F  | M                 | EMPRESA: SENA  |
| APELLIDOS: FUENTES RAMIREZ                                     |         |         | X  |                   |  |
| DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: 1.063.482.058                        |         |         | CIUDAD NACIMIENTO: CHIMICHAGUA<br>DEPARTAMENTO NACIMIENTO: CESAR         |                   |  |
| TELEFONO/CELULAR: 311-4382192                                  |         |         | EDAD: 36 AÑOS<br>GRUPO SANGUINEO: O+<br>EPS: MUTUAL SER<br>ARL: POSITIVA |                   | FECHA NACIMIENTO:<br>Día: 15<br>Mes: 12<br>Año: 1986 |
| DIRECCIÓN: BARRIO DANIEL LEMAITRE # 67-14-61                   |         |         |  |                   |  |
| CARGO AL QUE ASPIRA / EN EL QUE SE DESEMPEÑA: INSTRUCTORA SENA |         |         | PESO: 86kgs  | TALLA: 1.54mts    | IMC: 36.3 P/A: 130/80mmHg                            |

El servicio médico ocupacional con el Dr: PEDRO LUIS MERCADO DE AVILA, Médico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud para el desempeño, el cargo y las funciones, el cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada es:

APTO CON RECOMENDACIONES  X  
 APTO CON RESTRICCIONES QUE NO INTERFIEREN CON SU TRABAJO NORMAL \_\_\_\_\_  
 APTO CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL \_\_\_\_\_  
 APLAZADO \_\_\_\_\_  
 NO APTO \_\_\_\_\_

#### VALORACIÓN GENERAL.

- CARDIOVASCULAR:** AUSCULTACIÓN, PERCUSIÓN EN EL RITMO: NORMAL:  X ANORMAL: \_\_\_\_\_, PERFUSIÓN DE EXTREMIDADES NORMAL: \_\_\_\_\_ ANORMAL: \_\_\_\_\_
  - MUSCULO ESQUELÉTICO:** POSTURA MARCHA  X, ASIMETRÍA \_\_\_\_\_ DEFORMACIONES \_\_\_\_\_, EDEMAS \_\_\_\_\_ ARTICULACIONES \_\_\_\_\_
  - PSICOSOCIAL:** RASGOS DE PERSONALIDAD Y RELACIÓN CON SU ENTORNO ESTA DENTRO DE LO NORMAL  X ANORMAL: \_\_\_\_\_  
NO SE EVIDENCIA CAMBIOS EN SU ESTADO DE ANIMO NI DEPRESIVOS.
  - DERMATOLÓGICOS:** PIEL, UÑAS Y FANERAS NO PRESENTAN CAMBIOS LLAMATIVOS ESTAN DENTRO DE LIMITES NORMALES
  - EXAMEN DE SANGRE:** ESTAN DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES: GLICEMIA, CH, PERFIL LIPIDICO, PARCIAL DE ORINA
  - OPTOMETRIA:** EMETROPE
  - VISIOMETRIA:** NORMAL
  - AUDIOMETRIA:** NORMAL
  - FONIAITRIA:** NORMAL
  - ESPIROMETRIA:** NORMAL
  - PSICOSOCIAL:** NORMAL
- RECOMENDACIONES:** CONTROL DE PESO, OBESIDAD GRADO II, EL TRABAJADOR RECIBIO ORIENTACION MEDICA SOBRE LAS RECOMENDACIONES NECESARIAS PARA PREVENIR PROBABLES EFECTOS EN LA SALUD RELACIONADOS O ASOCIADOS CON LOS RIESGOS OCUPACIONALES PROPIOS EN SU CARGO.

#### ACLARACION DE APTITUD CONDICIONADA A LA PANDEMIA COVID-19

Se emite el concepto medico ocupacional de priorización de desarrollo de actividades laborales de manera la empresa debe capacitar a todos los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de trasmisión del COVID-19 y la manera de prevenirlo, durante el periodo de emergencia sanitaria como medida de protección, establecer métodos de trabajo con el mínimo de riesgos para la salud dentro del proceso de producción, en atención al numeral 4.1 y 4.1.2 de la resolución 0666 de 2020 y la circular 30 del 08 de mayo 2020 del ministerio de salud y protección social.

*Pedro Mercado De Avila*  
Médico  
Esp. Salud Ocupacional  
R.C. 1576

**PEDRO LUIS MERCADO DE AVILA**  
Médico Especialista Salud Ocupacional  
RC. 1576

*ELCY F R*

**FIRMA DEL TRABAJADOR**  
Reg. No. IDP 01450



### INFORME PSICOLÓGICO

#### DATOS PERSONALES

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b>            | : ELCY LORENA FUENTES RAMIREZ         |
| <b>Edad</b>                           | : 36 AÑOS                             |
| <b>Fecha de Nacimiento</b>            | : 15 DE DICIEMBRE DE 1986             |
| <b>Documento de identidad</b>         | : 1.063.482.058 de Chimichagua -Cesar |
| <b>Profesión</b>                      | : INSTRUCTORA                         |
| <b>Registro. No.</b>                  | : IDE - 00277                         |
| <b>Fecha de aplicación del Examen</b> | : 28/09/2023                          |
| <b>Evaluador</b>                      | : EDUARDO DE JESUS SALAMANCA MARTINEZ |

#### TÉCNICA UTILIZADA:

Aplicación de la prueba de personalidad 16PF de Cattell

#### MOTIVO DE CONSULTA:

Requisito para proceso de contratación.

#### ANTECEDENTES IMPORTANTES:

No presenta antecedentes psicológicos significativos.

#### RESULTADOS:

Los resultados de la prueba indican que es una persona emocionalmente estable, segura, de pensamiento y razonamiento concreto, seria y cuidadoso, que puede presentar comportamiento agradable.

Muestra tendencia a ser una persona segura, práctica y realista, atento al cumplimiento de normas sociales, emprendedor, competitiva; evita los conflictos, presenta un mediano grado de control sobre los demás, no es una persona de tipo dominante en sus relaciones sociales. No muestra mucho interés por ocupar posiciones de mando sobre las demás personas, acepta acuerdos y puede incluso ceder con facilidad a las pretensiones y/o ideas de los demás.

Persona con rasgos de personalidad de extroversión, puede presentar capacidad para crear y mantener contactos interpersonales, sin ser desinhibida socialmente, sin embargo, puede ser reservada, poco confiada y precavida.

Persona con adecuado nivel de control sobre sí misma, suele ser una persona poco controladora socialmente a nivel de sus emociones, con características de personalidad independiente, con una tendencia promedio a ser aceptada socialmente. Suele mostrarse autosuficiente.

EDUARDO DE JESUS SALAMANCA MARTINEZ  
PSICOLOGO

Especialista en Gestión Integral HSEQ Licencia Resolución N° 950

**Centro Médico**  
**Iris De Avila IPS**  
**Especialista Salud Ocupacional**