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 MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921310**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**88875-018916**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	82.392.207	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	vjgutierrez7@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	396189730
IP/Nº de contacto:		**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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7635957/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**16825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÃ¡CTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÃ³N

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**13/03/2025**	**Al**	**31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.461.940
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.461.940
Valor Bruto Pago:			**$ 3.679.609,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.782.331

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.679.609	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	**$ 3.679.609**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.163.448**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.471.844	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 184.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 235.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 7.700	$ 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		$ 367.961	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 721.000	
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	2.163.448,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.260.109,00	
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	31.493,00	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	**$3.648.116,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza Induccion de plataforma Zajuna

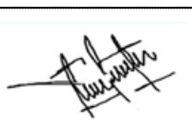
Se realizo relacionamiento con empresas - solicitud para la creación de fichas virtuales.

Tecnologo Analisis y Desarrollo de Software Version 1 - Competencia 240201529 Gestionar Procesos Propios de la Cultura Emprendedora y Empresarial de acuerdo con el perfil personal y los requisitos de los contextos productivo y social.

Las evidencias se encuentran adjuntas en el archivo GC. Y cargadas en el drive dispuesto por el supervisor del contrato

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



VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO
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,

JOAQUIN RUIZ DIAZ
INSTRUCTOR G20

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

EL ORDENADOR DEL PAGO
SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO identificado(a) con CC. 82392207 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/01/24**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GIRARDOT**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 17 días del mes de 03 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 OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **82.392.207**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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, **VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO** identificado con **CC** No. **82392207**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 06/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 26/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013490324.

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

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141164956947

(415)7707212489984(8020) 000014116495694 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 3 9 2 2 0 7	7	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 2 3 9 2 2 0 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	CARRILLO	VICTOR	JULIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

41. Dirección principal
CR 1 2 05 BRR SANTANDER

42. Correo electrónico genariz39@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 4 8 8 8 2 8 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 1 4 0 1 2 3	8 5 5 1	2 0 1 3 1 0 1 5	8 5 4 1	8 5 4 2		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																						

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 GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 4550**

Fecha: 31/01/2025 **Ciudad:** FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** FAMISANAR
CC: 82392207 **Nombre:** GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO **Edad:** 47 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 25/08/1977 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	13	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

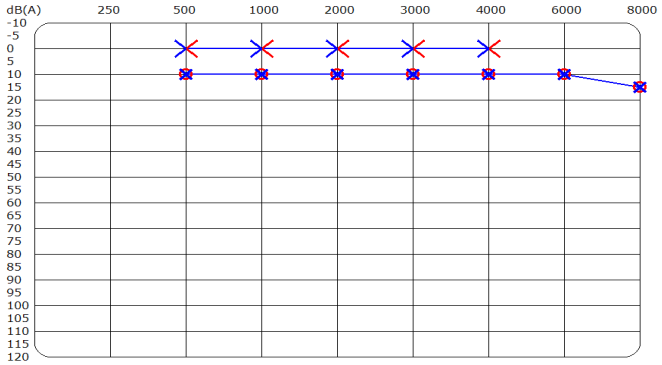
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	REFIERE
MOTO	REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: AUDIOMETRO MAICO MA28 **F. Ultima Calibración:** 2024-11-25

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		10	10	10	10	10	10	15
VAOI		10	10	10	10	10	10	15
VOOD		0	0	0	0	0		
VOOI		0	0	0	0	0		

PTA Oido derecho: 10.00 **PTA Oido izquierdo:** 10.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

AUDCION NORMAL BILATERAL CON PTA DE 10DB
CONTROL ANUAL
USO DE EPP

FONOAUDIÓLOGO

Firma: Yina Guauta Dimate FONOAUDIÓLOGA C.C. 39.624.488 / T.P. 001496
Nombre: GUAUTA DIMATE YINA XIMENA
R. M.: 001496 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
O1053U2A4550

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO
CC 82392207

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.374

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	01 MES	2025 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULAR	SENA
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	
GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO	MASCULINO	47 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	82392207 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLOGICA	✓
VISIOMETRÍA	✓	HEMOGRAMA	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION PROXIMA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL OPTOMETRIA, CITA MEDICO GEENRAL NUTRICION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA, EJERCICIO QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS,
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.
REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS

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: VARGAS ARCILA SANDRA ESPERANZA

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO

R. M.:	0698-03	L.S.O.:	2462-15	Código de Seguridad	CC:	82392207
				L1053R1X22374		

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



INFORME DE ESPIROMETRÍA

DATOS PERSONALES No: 939

Municipio: FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **Fecha:** 31/01/2025 - 12:00 A. M.

Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **CC:** 82392207

Nombre: GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO **Edad:** 47 AÑOS 5 M **Peso:** 103.00 kg **Talla:** 171.00 cm

IMC: 35.22 Obeso **Empresa:** SENA **Fecha de Ingreso:**

Antiguedad: **Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: **Eps:** FAMISANAR

F Ultimo Examen: **Resultado:** NO APLICA

Característica Exposición en el área de trabajo actual: MATERIAL PARTICULADO

Uso de elementos de protección personal:

Mascarilla: [X] **Respirador:** [ ] **Otro:** [ ] **¿Cual?:**

Factores de Riesgo:

Polvo: [X] **Humos:** [ ] **Gases:** [ ] **Vapores:** [ ] **Neblinas:** [ ] **Tiempo exposición:**

ACTIVIDAD FÍSICA

Habito	Refiere	Cant	Frecuencia	Observación
ACTIVIDADES MANUALES	NO	0	HORAS A LA SEMANA	
EJERCICIOS O DEPORTES	NO	0	HORAS A LA SEMANA	
DEPORTES DE CHOQUE	NO	0	HORAS A LA SEMANA	
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO	0	HORAS A LA SEMANA	

HÁBITOS TÓXICOS

Habito	Refiere	Cant	Frecuencia	Observación
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	NO	0	NINGUNO	
FUMADOR ACTUAL	NO	0	CONSUMO POR DÍA	
EX FUMADOR	NO	0	CONSUMO POR DÍA	
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	NO	0	NINGUNO	

DIFICULTAD AL RESPIRAR	NO	CON EL ESFUERZO FISICO	NO APLICA
TOS FRECUENTE	NO	CON ESPUTO	NO APLICA
ENFERMEDAD CARDIACA	NO	¿CUAL?	
DOLOR AL RESPIRAR	NO	¿DÓNDE?	
ALERGIA RESPIRATORIA	NO	¿A QUÉ?	
ASMA	NO	EDAD ÚLTIMA CRISIS	
OTRA ENFERMEDAD RESPIRATORIA	NO	¿CUÁL?	

VALORES OBSERVADOS DE ESPIROMETRIA

CAPACIDAD	PRE	POST	%TEOR	OBSERVACION
CAPACIDAD VITAL FORZADA - CVF (Lt)				
VEF1/CVF(%) INDICE DE TIFFENEAU				

Espirómetro utilizado: ESPIROBANK II **F Ultima Calibración:** 08/11/2024

Escala Interpretación: KNUDSON **Resultado:** NORMAL **Severidad:** NORMAL

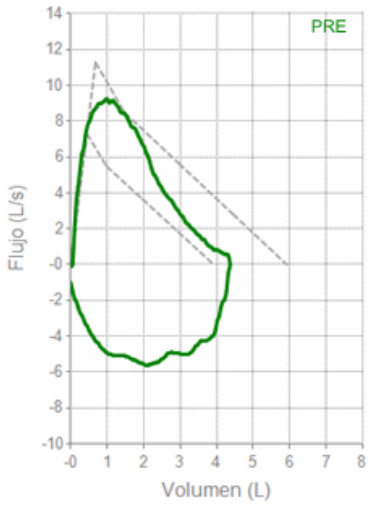
Recomendaciones	Tipo	Fecha

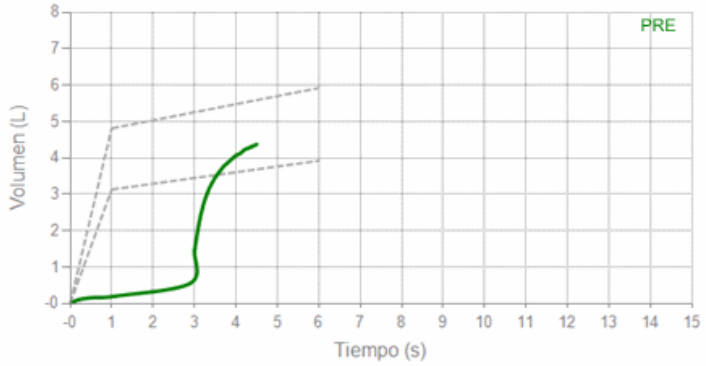
Observaciones:

Resultados prueba de función pulmonar

ID del paciente	#2968		
Apellido	GUTIERREZ	Sexo	M
Nombre	VICTOR JULIO	Altura	182 cm
Fecha de nacimiento	25/08/1977 (47	Peso	103 kg
Grupo étnico	Caucásico	BMI	31,1
Fumar	No fumador	Paquete	00
Worklist			

FVC PRE | FEV1 PRE | FEV1/FVC PRE





Grado de control de calidad PRE: F

Ensayos aceptables: 0

Interpretación

Espirometría normal

Fecha de ensayo 31/01/2025 10:32 a. m.

Parámetros		LLN	Pred	PRE	%Pred	Z-Score	PRE#1	PRE#2	PRE#3
FVC	L	3,92	4,92	4,37	88,82	-0,90	4,37		
FEV1	L	3,13	3,97	3,86	97,23	-0,22	3,86		
FEV1/FVC	%	67,00	78,80	88,30	112,06	1,33	88,30		
FEV6	L	3,92	4,92	4,37	88,82	-0,90	4,37		
FEV1/FEV6	%	-	81,50	88,30	108,34	-	88,30		
PEF	L/s	7,31	9,30	9,24	99,35	-0,05	9,24		
FEF2575	L/s	2,50	4,21	4,75	112,83	0,52	4,75		
FET	s	-	6,00	1,74	29,00	-	1,74		
ELA	Years	-	47	51	108,51	-	51		
FEV1/VC	%	-	-	-	-	-	-		

BTPS 1,087 - Temperatura: 26 °C (78 °F) - Predicho: ERS ECCS Knudson - Posición: No especificado

Conclusión / Informe médico

Doctor Signature

Technician Signature

Instrumento usado
Spirobank II s/n Y06394
Last calibration check: 16/07/2013 12:00:00 p.

MIR Impreso por MIR Spiro 1.1

PROFESIONAL



Firma:

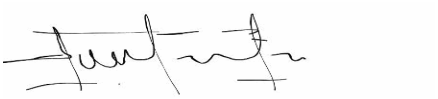
Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA ESPERANZA

R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15

Código de Seguridad

O1053U4A939

TRABAJADOR



Firma:

Nombre: GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO

CC: 82392207

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 5,337**

Fecha: 31/01/2025 **Municipio:** FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **CC:** 82392207 **Nombre:** GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO **Edad:** 47 AÑOS 5
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SENA
Eps: FAMISANAR **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 16/10/2024
Lugar del Último Examen: FUSAGASUGA **Motivo Consulta:** CONTROL VISUAL OCUPACIONAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	DESCANSO
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN EXTERNO: HIPEREMIA AMBOS OJOS
FONDO DE OJO: NORMAL
TEST DE COLOR: NORMAL
TEST DE ESTEREOPSIS: NORMAL
TEST DE ENCANDILAMIENTO: NORMAL
REQUIERE USO GAFAS DE PROTECCION PERMANENTE Y VER CERCA

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: CAGUA QUEVEDO MONICA DEL PILAR
R. M.: 3042 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
A1053G3M5337

PACIENTE

Firma:
Nombre: GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO
CC: 82392207

SALUD
MÉDICOS ESPECIALISTAS
NUESTRA ESPECIALIDAD, ES TU SALUD

LABORATORIO CLINICO
SALUD MEDICOS ESPECIALISTAS
Carrera 5 # 8-24 Teléfono 8726033 - Fusagasugá (Cund)

Orden: 250131022

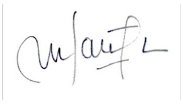
250131022

Paciente: GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO
Identificación: 82392207
Edad: 47 Años **Genero:** Masculino
Fecha y Hr. 31/01/2025 09:43
Fecha y Hr. Imp.: 31/01/2025 02:48

Teléfono:
Empresa: FAMISANAR
Origen: TVO SALUD OCUPACIONAL
Medico: SANDRA VARGAS ARCILA
e-mail: tvosaludocupacionalinfo@gmail.com

Nota:

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA			
RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS	4.0	10^3/µL	4.0 - 10.8
LINFOCITOS #	1.3	10^3/µL	0.9 - 5.2
MXD#	0.4	10^3/µL	0.1 - 6.1
GRANULOCITOS #	2.3	10^3/µL	1.9 - 8.0
LINFOCITOS %	32.7	%	24.0 - 34.0
MXD%	9.2	%	3.0 - 12.0
GRANULOCITOS %	58.1	%	45.0 - 65.0
HEMOGLOBINA	17.6	g/dL	14.0 - 18.0
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	5.79 (H)	10^6/µL	4.00 - 5.40
HEMATOCRITO	52.5 (H)	%	42.0 - 52.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	90.8	fL	81.0 - 99.0
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.3	pg	27.0 - 31.0
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	33.5	g/dL	31.0 - 37.0
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA	13.2	%	11.5 - 14.5
RDW-SD	45.5	fL	35.0 - 56.0
RECUENTO AUTOMATIZADO DE PLAQUETAS	223	µL	140 - 440
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.7	fL	7.4 - 10.4
PDW	15.6		15.0 - 17.0
PCT	0.194	%	0.108 - 0.282
OBSERVACIONES	.		0 - 0



Fecha y Hora de validación:viernes, 31 de enero de 2025 12:44 p. m.

Validado por: NANCY MAGALLY SANTOS GARCIA REG. 06429 CNB

QUIMICA			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	43.1 (L)	mg/dL	45.0 - 65.0
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	124.82	mg/dL	0.00 - 150.00
COLESTEROL TOTAL	206 (H)	mg/dL	0 - 200
GLUCOSA EN SUERO	89.0	mg/dL	70.0 - 110.0
TRIGLICÉRIDOS	192 (H)	mg/dL	0 - 150
VLDL COLESTEROL	38.45 (H)	mg/dl	5.00 - 30.00

Orden: 250131022

250131022

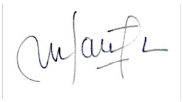
Paciente: GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO
Identificación: 82392207
Edad: 47 Años **Genero:** Masculino
Fecha y Hr. 31/01/2025 09:43
Fecha y Hr. Imp.: 31/01/2025 02:48

Teléfono:
Empresa: FAMISANAR
Origen: TVO SALUD OCUPACIONAL
Medico: SANDRA VARGAS ARCILA
e-mail: tvosaludocupacionalinfo@gmail.com

Nota:

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA

QUIMICA



Fecha y Hora de validación:viernes, 31 de enero de 2025 02:48 p. m.

Validado por: NANCY MAGALLY SANTOS GARCIA REG. 06429 CNB

PROTOCOLO DE VALORACIÓN / IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

NOMBRE: Victor Gutierrez
EDAD: 47 años
DOCUMENTO: 82392207
PROFESIÓN: Instructor
CELULAR: 3124888280
ESTADO CIVIL: Soltero
FECHA DE VALORACIÓN: 31 de Enero de 2024

PRUEBAS UTILIZADAS PARA LA VALORACIÓN E IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:
Se aplica la prueba Wartegg, hallazgos:

Victor indica normalidad psicológica, se encuentra ubicado en sus tres esferas tiempo espacio y lugar, implica relaciones adecuadas con el medio en el que se desenvuelve, se presenta aseado, con vestimenta acorde a su edad, total disposición para el desarrollo de la prueba. La aplicación del test se realizó de manera presencial, el ambiente en que se realizó era iluminado, silencioso y ordenado.

Victor desarrolla sus pruebas con normalidad, orientado en tiempo espacio y lugar, en estado alerta, es consciente del proceso de evaluación, refleja normalidad psicológica, refleja ser una persona que posee energía para resolver los problemas, se le facilita establecer relaciones en el entorno en que se desenvuelve, trabaja la mayor parte del tiempo de manera individual, implica buenas relaciones a nivel familiar, o que sugiere estabilidad emocional para un buen desempeño en los ámbitos de su vida, en el momento se siente conforme con las metas alcanzadas hasta el momento, presenta una actitud crítica frente a la norma, analiza antes de acatar una norma.

Persona apta para el cargo a desempeñar.

Atentamente,



Lida Angelica Gonzalez Cruz.
C.C 1072896747 de Pasca
T.P. 257243
Psicóloga

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 82392207 realizó el día 17/03/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

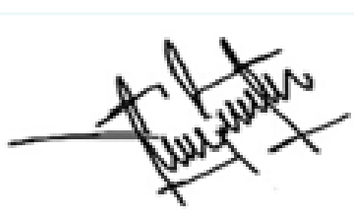
Yo VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 82392207 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

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

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

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



Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 82392207 el día 17/03/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTA, Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
GIRARDOT

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	**1070465101**	**HUGO DANIEL GUTIERREZ MORALES**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO
C.C. 82392207

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.070.465.101**

GUTIERREZ MORALES

APELLIDOS

HUGO DANIEL

NOMBRES



Hugo gutierrez.

REPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDADREPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDADREPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDADREPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDADREPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDAD

FIRMA

Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

09-DIC-2006

FECHA DE NACIMIENTO

FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-DIC-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

27-ENE-2014 FUSAGASUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+ G S RH

M SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1509400-00607895-M-1070465101-20140813 **00394**63601A 3 42290661

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.070.465.101

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40491876

40491876

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [J 4 L]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 1 FUSAGASUGA COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FUSAGASUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUTIERREZ	MORALES

Nombre(s)

HUGO DANIEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes DIC Día 09	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
ESCRITURA PUBLICA	52

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORALES MELO LILIANA CATERINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.069.718.491	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 82.392.207	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 82.392.207	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2014 Mes DIC Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ELIZABETH GARCIA ROMERO — NOTARIO

Nombre y firma

ELIZABETH GARCIA ROMERO
NOTARIA PRIMERA
DEL CIRCULO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -