SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**68319-634843**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.032.443.474	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	davidsantiagocastrogarcia@gmail.com	**Número de Cuenta:**	062227046
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

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

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7571194/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**48825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

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

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**17/03/2025**	**Al**	**31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.315.501
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 42.315.501
Valor Bruto Pago:			**$ 2.606.390,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.709.111

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.606.390	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.606.390**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.326.090**	**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		----------	**8384726940**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ 425.000	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 442.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.326.090,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.200.590,00	
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	21.258,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.585.132,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

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

DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA
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,

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

21/03/25 08:19:34 USUARIO: SIC - C.C. 1032443474

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1032443474, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190627	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 6 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
28119344

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032443474,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141057918895

(415)7707212489984(8020) **000014105791889 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 4 4 3 4 7 4	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 4 3 4 7 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	GARCIA	DAVID	SANTIAGO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 32 26 65 TO ECUADOR AP 102

42. Correo electrónico: david33s2@hotmail.com

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

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 9 0 8 1 6						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada: David Santiago Castro

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA 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, **DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA** identificado con **CC** No. **1032443474**, 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:** 14/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 13/09/2025 **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): 202501013519282.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 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

Hace constar:

Que el Sr(a) DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032443474 realizó el día 19/03/2025 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:

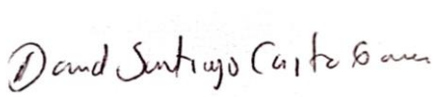
Yo DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032443474 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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) DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032443474 el día 19/03/2025 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

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona CASTRO GARCIA,DAVID SANTIAGO identificado(a) con CC 1032443474 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 062227046 desde el 05 de noviembre de 1999, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 06 de marzo de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Powered by CamScanner

Centro Médico INTEGRAL
Salud Ocupacional

LABORATORIO CLINICO

FECHA: 07 DE MARZO DE 2025
NOMBRE: CASTRO GARCIA DAVID SANTIAGO
CC: 1.032.443.474
EDAD: 33 AÑOS

EXAMEN SOLICITADO

GLICEMIA BASAL

GLICEMIA BASAL	**86,5 mg/dl**
Valor de referencia	**HASTA 70-100mg/dl**



SANDRA PATRICIA CUBILLOS DIAZ
BACTERIOLOGA

CARRERA 27 # 4 – 48 TEL 7043861 - 6478165 – 3108844981 - 3108844981
e-mail: centromedicoricaurte@gmail.com
Licencia Salud Ocupacional res # 6730 de 23/05/2018
Bogotá D.C

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

INGRESO

FECHA: 07 DE MARZO DE 2025
NOMBRE: CASTRO GARCIA DAVID SANTIAGO
CC: 1.032.443.474 DE BOGOTÁ **EDAD: 33 AÑOS**
CARGO/OFICIO: INSTRUCTOR
EMPRESA: SENA

CONCEPTO:

APTO CON PATOLOGIAS QUE NO INTERFIEREN EN SUS LABORES
SISTEMA OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION

PARACLINICOS
VISIOMETRIA: VISION NORMAL BILATERAL
LABORATORIO:
GLICEMIA BASAL: NORMAL

RECOMENDACIONES:

VALORACION EN SU EPS POR MEDICINA GENERAL CON REPORTE DE EXAMENES SOLICITADOS.
DOTACION Y USO DE E.P.P. SEGUIR NORMAS SG-SST DE LA EMPRESA. PAUSAS ACTIVAS. HIGIENE POSTURAL.
CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.

Dr. Julio C. Ortiz Bueno
Especialista Salud Ocupacional
Licencia # 14683 de Dic. 12/2016
Md Especialista Salud Ocupacional
Reg. No. Licencia S.O.

TRABAJADOR
CC: David Santiago Castro Garcia

***CERTIFICAMOS:** La resolución 2346 de julio 11 de 2.007 Art 4 y Art 16, resolución 1918 de 2009, disponen la custodia de las Historias Clínicas a las IPS que originan el documento; por consiguiente, por normas legales vigentes, la IPS Centro Médico Integral SAS, garantiza la custodia de las Historias Clínicas Ocupacionales de los exámenes realizados por la Institución.*

CRA 27 4-48 TEL 7043861 - 6478165 - CEL: 3108844981 – 3012483011 - 3195974774
e-mail: centromedicoricaurte@gmail.com - centromedicointegralsas@gmail.com - recepción@centromedicoricaurte.com
Licencia Salud Ocupacional res N° 6730 de 23-05-2018
Bogotá D.C.

CONFIDENCIAL

Bogotá D. C, 07 DE MARZO DE 2025

RESULTADO PRUEBA PSICOMETRICA.
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y MENTAL. FACTORES DE PERSONALIDAD, INTELIGENCIA, MEMORIA

NOMBRE: **CASTRO GARCIA DAVID SANTIAGO**
CC: **1.032.443.474**
EDAD: **33 AÑOS**
CARGO: **INSTRUCTOR**
EMPRESA: **SENA**
TELÉFONO: **321 207 1556**
ESTADO CIVIL: **SOLTERO**
ESCOLARIDAD: **POST GRADO**

TEST 16 PF FACTORES DE PERSONALIDAD.

El diagnóstico para ***CASTRO GARCIA DAVID SANTIAGO*** *es el siguiente:*

Hubo manejo de la prueba por parte de esta persona, quiso quedar bien y contestó cosas que no van con su personalidad. Por lo tanto, la siguiente información tiene que ser cotejada con otra prueba de personalidad como lo es ¨La Prueba de Colores¨ y la entrevista que usted haga al candidato.

SOCIABLE.- *Este empleado tiene la tendencia a ser de buen genio, fácil de tratar, cooperador y amable. Le gustan las ocupaciones que tienen que ver mucho con la gente y poco con las cosas materiales. Tiene la tendencia a formar o integrarse en grupos activos y es generoso en las relaciones interpersonales. Es menos generoso con las críticas y ligeramente menos responsable y preciso en sus obligaciones y en su trabajo.*

MADURO.- *Esta persona tiende a ser maduro desde el punto de vista emocional, calmado, flemático, realista en cuanto a la vida y a sus posibilidades, poseedor de una gran fuerza moral. Generalmente posee explicaciones completas, o una filosofía íntegra sobre la vida. Es capaz de mantener una moral alta en un grupo.*

EMOCIONAL.- *Este individuo tiene la tendencia a ser muy tierno, imaginativo, artístico, soñador. Algunas veces es exigente y poco práctico. Le chocan las personas ordinarias y los trabajos pesados. Tiene la tendencia a alterar la moral de los grupos de trabajo con comentarios negativos.*

EXCENTRICO.- *Esta persona tiene la tendencia a ser poco convencional, a no importarle la demás gente y a ser bohemio. A veces hace escenas emocionales y llega a tener cierto grado de irresponsabilidad.*

SIMPLE.- *El empleado que obtiene una calificación baja tiene la tendencia a ser demasiado sencillo, poco estilizado, muy simple. Es ingenuo, no es brillante, se satisface fácilmente. A veces es crudo y vulgar.*

INSEGURO.- *Esta persona posee la tendencia a padecer depresiones, a estar preocupado, a evitar a la gente. Generalmente vive muy preocupado de los cambios de su estado de ánimo. Está inclinado a tener sentimientos de ansiedad. No se siente aceptado por los grupos ni con espíritu para participar en ellos.*

ESTABLE.- *Este empleado posee una buena estabilidad emocional. Está por consiguiente libre de tensiones emocionales, e impaciencia de nerviosismo.*

TEST PSICOMETRICO DE COLORES:

El reporte de la Prueba de Colores para: ***CASTRO GARCIA DAVID SANTIAGO****, es el siguiente:*

OBJETIVOS DESEADOS*: Es imaginativo en exceso e inclinado al fantaseo y a soñar despierto. Ansía que sucedan cosas interesantes y emocionantes; quiere ser admirado por su trato agradable.*

SITUACION PRESENTE*: Desarrolla iniciativa para superar los obstáculos y las dificultades. Ocupa - o lo desea - un puesto de autoridad en el cual pueda ejercer control sobre los acontecimientos.*

CONDUCTA INADECUADA ANTE LA SITUACIÓN PRESENTE*: Las circunstancias son tales que por el momento se siente forzado a hacer componendas; así evita la pérdida de afecto y de participación total.*

CARACTERÍSTICAS QUE PRODUCEN STRESS*: Interpretación fisiológica: La insatisfacción sentimental y la falta de aprecio lo han llevado a una gran tensión y a un autocontrol excesivo. Interpretación psicológica: Juzga que debe recibir colaboración antes de que pueda mejorarse la situación presente. La falta de comprensión y aprecio lo hacen sentir que no existe ninguna ligazón afectiva real, y la insatisfacción da lugar a una susceptible sensibilidad; quiere sentirse más seguro y más tranquilo. Le gustaría romper unas ataduras que ahora considera depresivas y restablecer su propia individualidad. Su autocontrol de los sentidos le impide darse con facilidad, pero el aislamiento resultante lo apremia a entregarse y buscar la unión con alguien. Esto lo perturba puesto que considera tales instintos como una debilidad que se debe superar: cree que sólo puede afirmar su propia individualidad con un permanente autocontrol y que solo así puede mantener firme por encima de sus dificultades presentes. Resumen: Insatisfacción sentimental originada por falta de aprecio y autocontrol desproporcionado. .*

Erika Liliana Vargas
Psicóloga U. Católica
Especialista Salud Ocupacional

David Santiago Castro Garcia

Erika Liliana Vargas Soto
Psicóloga
Especialista en Salud Ocupacional
Res. 6014/2010

Trabajador
C.C 1.032.443.474

Carrera 27 # 4-48 teléfonos 7043861 - 6478165
Celular 3108844981 3012483011 3195974774
correo: centromedicoricaurte@gmail.***centromedicointegralsas@gmail.com***

CENTRO MEDICO INTEGRAL CEMI SALUD OCUPACIONAL SAS

EXAMEN DE VISIOMETRIA

N° REGISTRO: 1032443474 FECHA: 07-03-2025 HORA ING: 11:36am HORA SALIDA: _____ # 6
NOMBRE: Castro Garcia David Santiago CC: 1032443474 DE: Bogota EDAD: 33
GENERO: M G.F: 3 FECHA NACIMIENTO: 09-05-1991 ESTADO CIVIL: Soltero ESTRATO: 3 LOCALIDAD: 6
DIRECCION: Cra 32 # 26-65 CELULAR: 3212071556 CORREO: fundacionempleoparatodos@gmail.
EMPRESA ACTUAL: Sena EPS: Compensar ARL: _____
CARGO: Instructor ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: _____ ESTUDIOS: Post grado.
ACOMPAÑANTE: _____ CC: _____ PARENTESCO: _____

HISTORIA OCUPACIONAL (Relacionar cargos mas significativos o de mayor duracion)

EMPRESA	CARGO	TIEMPO
Centro andino	Docente	4 años

RIESGOS OCUPACIONALES	Fisico	Quim	Ergo	Mec	Biol	Psico	Otro

ANTECEDENTES PERSONALES: _____

USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA: SI ☐ NO ☒ LCR ☐ LCB ☐ ANTEOJOS ☐ USO: _____ LOS PRESENTA AL EXAMEN: _____ HACE CUANTO: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES
USO DE GAFAS: / HIPERTENSOS: / DIABETICOS: / NO VIDENTES: /
OTROS: _____

	CON CORRECCION		SIN CORRECCION	NO APLICA ☐
	AGUDEZA VISUAL VISIÓN LEJANA	AGUDEZA VISUAL VISIÓN PRÓXIMA	AGUDEZA VISUAL VISIÓN LEJANA	AGUDEZA VISUAL VISIÓN PRÓXIMA
FV				
FL				
AO			8/10	9/10
OD			8/10	10/10
OI			8/10	10/10

ESTEREOPSIS: NORMAL ☒ ANORMAL ☐ VISION CROMATICA NORMAL ☒ ANORMAL ☐

PERIMETRIA

	TEMPORAL			NASAL
	55°	70°	85°	
OD				
OI				

EXAMEN EXTERNO: Normal

COVER TEST: LEJOS: Vision normal CERCA: Vision normal PPC: _____
DUCCIONES: _____ VERSIONES: _____
OFTALMOSCOPIA: _____
I/Dx: Vision normal bilateral CIE _____
INTERPRETACION PARAMETROS UNIVERSIDAD DE INVESTIGACION OCUPACIONAL N°. 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
RECOMENDACIONES: Control anual en su eps por optometra.

CONCEPTO: AV NORMAL ☒ DISMINUCION AV ☐ APLAZADO ☐
REMISION: Optometria
DEBE LABORAR CON CORRECCION SI ☐ NO ☒
CONTROL: Anual
USO DE EPP SI ☐ NO ☒

Vudítza Montenegro Vergara
Optometra
Especialista S.O.
T.P. 17375 del 21-12-2010
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

David Santiago Castro Gcia C.C 1032443474
FIRMA Y CC DEL PACIENTE