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	**Mayo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**31325-603905**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NELSON HOYOS RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.916.350	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nelho20@gmail.com	**Número de Cuenta:**	550462200048652
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**	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:	7442928/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**50025**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para ejecutar acciones de formación presencial en su sede principal y colegios del Programa de Articulación con la Media, en la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, áreas temáticas: Gestión

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**19/03/2025**	**Al**	**31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.635.892
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 38.635.892
Valor Bruto Pago:			**$ 1.839.804,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 36.796.088

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.839.804	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	**$ 1.839.804**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.069.504**	**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		----------	**00000000000000**
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	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 357.000	
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	1.069.504,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.434.004,00	
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	13.852,00	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	**$1.825.952,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se conoció la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades de inducción
Se conoció la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades de inducción
Se cumplió con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA. Se dieron orientaciones a los aprendices sobre el nue
Se establece las visitas a las diferentes instituciones educativas según programación definida y acordada.
Se realiza procesos de formación mediante la competencia elaborar para las respectivas fichas 3171933, 3172741, 3172738,3172007, 31720

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

Nelson Hoyos Rodriguez

NELSON HOYOS RODRIGUEZ
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,

MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
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)

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NELSON HOYOS RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 79916350, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Profesor de establecimiento particular según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250120	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 10 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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
28151438

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NELSON HOYOS RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79916350,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2006** 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 10 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 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141138642843

(415)7707212489984(8020) 000014113864284 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 9 1 6 3 5 0	2	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	7 9 9 1 6 3 5 0	

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
HOYOS	RODRIGUEZ	NELSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
CASA LOMBARDÍA MUEBLES & SERVICIOS	M&S CASA LOMBARDÍA

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: CL 131 103 A 49 P 1

42. Correo electrónico: mscasalombardia@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 4 5 0 3 9 8 4	3 1 3 3 9 0 4 9 3 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

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	4	9	5	0																						

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

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:

Nelson Hoyos Rodriguez

984. Nombre HOYOS RODRIGUEZ NELSON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141138642843

(415)7707212489984(8020) **000014113864284 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 9 1 6 3 5 0	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 2 1 0 2 4	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 2 1 0 2 4	
77. No. Matrícula mercantil	0 2 2 6 7 8 7 2	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141138642843

(415)7707212489984(8020) **000014113864284 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 9 1 6 3 5 0	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimient 5 6 3 0

162. Nombre del establecimiento: SHEFFIELD 77 ROCK BAR

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 132 102 A 06 LC 112

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 2 6 7 8 7 3	2 0 1 2 1 0 2 2
168. Teléfono: 3 1 3 4 5 0 3 9 8 4	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NELSON HOYOS RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **79916350**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 22/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 19/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2025 **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): 202501014290719.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de abril 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) NELSON HOYOS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79916350 realizó el día 19/04/2025 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 NELSON HOYOS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79916350 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.

Nelson Hoyos Rodriguez
Firma

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

Hace constar:

Que el Sr(a) NELSON HOYOS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79916350 el día 19/04/2025 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 Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **10/03/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
SENA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NELSON HOYOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **79916350**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550462200048652**
Fecha de apertura	**22/02/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Fecha Atención : 2024-05-22 13:48:22

Fecha impresión : 2024-10-29 11:01:17

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	NELSON HOYOS RODRIGUEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	79916350
Fecha de Nacimiento:	1980-02-07	**Edad:**	44
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CALLE 131 # 103A - 49 PISO 1	**Teléfono:**	3134503984
EPS:	EPS COMPENSAR	**ARL:**	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	COLEGIO INGLATERRA REAL LTDA	**Cargo:**	DOCENTE DE CONTABILIDAD - ECONOMIA
Sede:	3.EXTRAMURAL		

TIPO EXAMEN: PERIODICO

ENFASIS:

DATOS RESPONSABLE

NOMBRE	MARIA HOYOS	**PARENTESCO**	HERMANA
TELEFONO	3124071398		

DATOS DE LA CITA

TIPO EXAMEN

ENFASIS		**TIPO EXAMEN ADICIONAL**	

EMPRESA

RAZON SOCIAL		**SUCURSAL**	COLEGIO INGLATERRA REAL LTDA
CARGO		**PROFESION y/u OCUPACION**	DOCENTE / ADMINISTRADOR DE EMPRESAS Y FINACIERO
FECHA DE INGRESO	24/01/2024		

HABITOS

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

PRACTICA DEPORTE	SI	**FRECUENCIA DEPORTE**	3 VECES POR SEMANA O MAS Observaciones: CICLISMO 2 DIAS A LA SEMANA / FUTBOL CADA 15 DIAS
LESIONES DEPORTIVAS	NO	**OTRAS ACTIVIDADES EXTRALABORALES**	NO

TABAQUISMO

FUMA	NO	**CIGARRILLOS DIA**	
EXFUMADOR	NO	**HACE CUANTO DEJO**	

ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

ALCOHOL	SI Observaciones: SOCIAL	**ALCOHOL FRECUENCIA**	OCASIONAL Observaciones: WHISKY
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO Observaciones: NIEGA		

INMUNIZACIONES

VACUNAS

APORTA CARNET		**H1N1**	No Refiere
FIEBRE AMARILLA	No refiere	**FIEBRE TIFOIDEA**	No refiere
HEPATITIS A	No refiere	**HEPATITIS B**	No refiere
INFLUENZA	No refiere	**MENINGOCOCO**	No refiere
NEUMOCOCO	No refiere	**RABIA CURATIVA**	No refiere
RABIA PREVENTIVA	No refiere	**RUBEOLA**	No refiere
SARAMPION	No refiere	**TETANOS**	No refiere
TRIPLE VIRAL	No refiere	**VARICELA**	No refiere
VPH	No refiere	**COVID 19**	Dosis 2 Observaciones: 2 DOSIS DE PFIZER.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

HA TRABAJADO ANTERIORMENTE	SI	**ANTECEDENTES OCUPACIONALES**	
¿REPORTA ACCIDENTE DE TRABAJO?	NO	**¿REPORTA ENFERMEDAD LABORAL?**	NO

ANTECEDENTES-FAMILIARES

FAMILIARES

ACCIDENTES CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE	**ENFERMEDAD TIROIDEA**	NR
CEGUERA COGENITA	NR	**CANCER**	NR
SORDERA CONGENITA	NR	**HIPERTENSION ARTERIAL**	SI Observaciones: PAPA
CARDIOPATIAS	SI Observaciones: PAPA: ANGIOPLASTIA CORONARIA - SEGUIMIENTO	**DIABETES**	NR
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	NR	**SINDROME CONVULSIVO**	NR
ENFERMEDAD MENTAL	NR	**ENFERMEDAD RENAL**	NR

ULCERA	NR	**OSTEOMUSCULAR**	NR
MALFORMACIONES	NR	**ARTRITIS**	SI Observaciones: MAMA: OA
OTROS	NR		

ANTECEDENTES-PERSONALES

PERSONALES

ALTERACIONES DE PESO Y OTROS	NO REFIERE	**DERMATOLOGICOS**	NO REFIERE
VISUALES	SI Observaciones: AMETROPIA NO CORREGIDA	**AUDITIVOS**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA
RESPIRATORIOS	NO REFIERE Observaciones: NIEGA COVID 19	**ALERGICOS**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS
CARDIOVASCULAR	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**GASTROINTESTINAL**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA
GENITOURINARIO	NO REFIERE	**RENAL**	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**TRAUMATICOS**	SI Observaciones: ESGUINCE CERVICAL (TTO CON CUELLO ORTOPÉDICO)
NEUROLOGICO	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**ENDOCRINO**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA
CANCER	NO REFIERE	**MAMAS**	NO REFIERE
INFECCIONES	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**PSIQUIATRICOS**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA
HEMATOLOGICOS	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**HOSPITALARIOS Y QUIRURGICOS**	SI Observaciones: QX: HERNIA INGUINAL IZQUIERDA

REVISION POR SISTEMAS

ORGANO O SISTEMA

ORGANOS DE LOS SENTIDOS	NO REFIERE	**CARDIORESPIRATORIO**	NO REFIERE
GASTROINTESTINAL	NO REFIERE	**GENITOURINARIO**	NO REFIERE
NEUROLOGICO	NO REFIERE	**PIEL Y FANERAS**	NO REFIERE
LOCOMOTOR	NO REFIERE	**MENTAL**	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE	**HEMATOLOGICO Y LINFATICO**	NO REFIERE
ORGANO O SISTEMA	NO REFIERE	**OTROS**	NO REFIERE

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL	REFIERE ESTAR ACTUALMENTE ASINTOMÁTICO; SE REALIZA EXAMEN MEDICO PERIODICO.

EXAMEN FISICO

INFORMACION GENERAL

PRESION ARTERIAL SENTADO	120/85	**PRESION ARTERIAL ACOSTADO**	120/85
PRESION ARTERIAL DE PIE	NO SE EXPLORA	**FRECUENCIA CARDIACA (min)**	68
TALLA (cm)	170	**RITMICO**	SI
PESO (kg)	92	**PULSO (min)**	68
INDICE MASA CORPORAL(IMC)	31.83	**CLASIFICACION**	Obesidad
FRECUENCIA RESPIRATORIA (min)	18	**PERIMETRO ABDOMINAL(cm)**	101
COMPLEXION	ROBUSTO	**TEMPERATURA**	AFEBRIL AL TACTO

DOMINANCIA

DOMINANCIA	DIESTRO

ORGANO O SISTEMA

ASPECTO GENERAL	NORMAL	**PIEL Y FANERAS**	NORMAL
CABEZA	NORMAL	**CARA**	NORMAL

OJOS

GLOBO OCULAR	NORMAL	**PARPADOS**	NORMAL
CONJUNTIVAS	NORMAL	**ESCLEROTICAS**	NORMAL
PUPILAS	NORMAL	**CORNEAS**	NORMAL
FONDO DE OJO	NORMAL	**AGUDEZA VISUAL**	ANORMAL

OIDOS

PABELLON	NORMAL	**OTOSCOPIA**	NORMAL

NARIZ

TABIQUE	NORMAL	**MUCOSAS**	NORMAL
CORNETES	NORMAL	**SENOS PARANASALES**	NORMAL

BOCAFARINGE

LABIOS	NORMAL	**LENGUA**	NORMAL
FARINGE Y AMIGDALAS	NORMAL	**ATM**	NORMAL
PALADAR	NORMAL	**DENTADURA**	NORMAL
OTRO	NORMAL		

CUELLO-TORAX

CUELLO/TIROIDES	NORMAL	**TORAX**	NORMAL

CARDIORESPIRATORIO

PULMONES	NORMAL	**CORAZON**	NORMAL

GASTROINTESTINAL

ABDOMEN	ANORMAL	**VISCERAS**	NORMAL

	Observaciones: PANICULO ADIPOSO		

GENITOURINARIO

GENITALES	NORMAL	**HERNIAS**	NORMAL

EXTREMIDADES

MIEMBROS SUPERIORES	NORMAL	**MIEMBROS INFERIORES**	NORMAL
TINEL	NEGATIVO	**PHALEN**	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO	**VARICES(GRADO)**	NORMAL

NEUROLOGICO

NEUROLOGICO	NORMAL	**TEST VERTIGO**	NORMAL
ROMBERG		**ROMBERG SENSIBILIZADO**	
UNTERBERGER			

IMPRESION PSICOLOGICA

IMPRESION PSICOLOGICA	NORMAL

LOCOMOTOR

LOCOMOTOR	NORMAL Observaciones: SIN ALTERACION

OTROS

OTROS	NORMAL

EXAMEN OSTEOARTICULAR

LONGITUD REAL MIEMBROS INFERIORES

DERECHA	NORMAL	**IZQUIERDA**	NORMAL
BALANCE PELVICO	NORMAL	**DESVIACION LATERAL**	NO DESVIACION

EXAMEN

	2553

EXAMEN DE COLUMNA

INSPECCION

INSPECCION	NO	**SIMETRIA(PA)**	NORMAL
CURVATURA(lat)	NORMAL		

PALPACION

PALPACION	NO	**DOLOR**	NO
ESPASMO	NO PRESENTA		

MOVILIDAD

MOVILIDAD	NORMAL	**FLEXION**	NORMAL
EXTENSION	NORMAL	**FLEXION LATERAL**	NORMAL
ROTACION	NORMAL		

MARCHA

MARCHA	NORMAL	**POLIGONO DE SUSTENTACION**	NORMAL
PUNTAS	NORMAL	**TALONES**	NORMAL

SIGNO

LASSEGUE	NEGATIVO

TEST DE WELLS

TEST DE WELLS	EXPLORADO Observaciones: CERO

TEST DE SHOBER

TEST DE SHOBER	NO EXPLORADO

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y FUERZA MUSCULAR

	2553

EXAMENES AUXILIARES

EXAMENES AUXILIARES

ESPIROMETRIA		**ELECTROCARDIOGRAMA**	
RADIOGRAFIA TORAX		**RADIOGRAFIA COLUMNA**	
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		**OTROS**	

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H524: Presbicia	**DIAGNOSTICO 2**	H520: Hipermetropía
DIAGNOSTICO 3	E669: Obesidad, no especificada	**DIAGNOSTICO 4**	
DIAGNOSTICO 5		**DIAGNOSTICO 6**	
DIAGNOSTICO 7		**IMPRESION DIAGNOSTICA**	OPTOMETRIA: PRESBICIA / HIPERMETROPIA CORREGIDA
OBSERVACIONES	CONTROL CON OPTOMETRIA EPS AHORA Y ANUAL. CONTROL INTEGRAL CON NUTRICION Y MEDICO EPS. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. PAUSAS ACTIVAS Y GIMNASIA LABORAL 2 VECES AL DIA CON ENFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES Y COLUMNA VERTEBRAL.	**RECOMENDACIONES**	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN RIESGOS LABORALES PROGRAMADAS POR LA EMPRESA.

IDENTIFICACIóN DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE

DIAGNOSTICO 1	ENFERMEDAD GENERAL O COMÚN	**DIAGNOSTICO 2**	ENFERMEDAD GENERAL O COMÚN
DIAGNOSTICO 3	ENFERMEDAD GENERAL O COMÚN		

CONCEPTO

CONCEPTO	Periódico sin restricción para el cargo

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Dr. Mauricio Mora G.
Médico y Cirujano General
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
RES. 4607 DE 2016

AGUSTIN MAURICIO MORA GONZALEZ
16757643
RM: LSO 4607/2016
Firma y sello del médico evaluador

NELSON HOYOS RODRIGUEZ
Documento: CC 79916350
Firma del trabajador