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 FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **950810** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **13552-796957** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 14.321.451 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | megiraldo154@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24091510718 |
| **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:** | 7820780/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **44425** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 8 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA APOYAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL CONFORME A LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA, EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DE LOS PROG |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **28/04/2025 Al 30/04/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 32.656.528 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 32.656.528 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 459.951,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 32.196.577 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 459.951 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 919.902 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 1.379.853** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 383.853** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Abril | Marzo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **9483584169** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 142.350 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 17.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 22.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 800 | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 455.600 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 356.000 | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 15.000 | |
| 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% | $ 26.227.473 | $ 128.000 | |
| 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 | 383.853,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 419.351,00 | |
| 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 | 4.051,00 | 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** | **$455.900,00** | |

**SON: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

28 al 30 de abril se realizaron actividades administrativas (Elaboración de Guía de aprendizaje para cada uno de los programas. Elaboración de evidencias)

**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

**MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR**
**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.

**MONICA BIBIANA RODRIGUEZ PORTELA**
**INSTRUCTOR G13**

**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**
**KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

17/05/25 11:40:51 USUARIO: SIC - C.C. 14321451

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 14321451 | | GIRALDO ESCOBAR MARTIN EMILIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 10 No. 1-60 | HONDA-TOLIMA | 8682871 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-03 | 2025-03 | 9483584169 | 9483584169 | I | 2025/04/11 | 2025/03/31 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $405,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: HONDA Depto: TOLIMA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 14321451 | GIRALDO MARTIN | 25-14 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS017 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 14321451 | | GIRALDO ESCOBAR MARTIN EMILIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 10 No. 1-60 | HONDA-TOLIMA | 8682871 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-03 | 2025-03 | 9483584169 | 9483584169 | I | 2025/04/11 | 2025/03/31 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $405,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $405,800 | $0 | $0 | $405,800 |

**Banco de Bogotá**

NIT. 860.002.964-4

Esta transacción esta sujeta a verificación posterior, El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta oporación se reservará y el (los) titulo(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

***Comprobante de Recaudos***

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0036601 ****2053 T367
FTx31/03/25 14:22H.N0366 Honda
202503 84 Aportes en linea
PLANILLA No.00000948358416 9
Identificacion14321451
VALOR PLANILLA:405,800.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:405,800.00

VALOR $ _____

**Verifique que la información impresa en este formato sea correcta**

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR identificado(a) con CC 14321451 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 15/04/2025 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS HONDA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 20 días del mes abril del 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.

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14321451,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2000** 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 16 de abril 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 141174492720

(415)7707212489984(8020) 000014117449272 0

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Tolima 7 3 | Honda 3 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GIRALDO | ESCOBAR | MARTIN | EMILIO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Guaduas 3 2 0 |

41. Dirección principal: CL 10 1 60

42. Correo electrónico: mege.yoma@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 4 8 0 9 8 5 5 | 3 1 1 5 0 1 7 7 7 9 |

## 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 4 9 0 | 2 0 0 0 0 2 0 1 | 8 5 5 1 | 2 0 1 3 0 3 2 2 | 3 9 0 0 | 8 5 4 3 | | 2 1 4 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 | 5 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GIRALDO ESCOBAR MARTIN EMILIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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, **MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR** identificado con **CC** No. **14321451**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 26/04/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 28/04/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/11/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**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): 20250101552602.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de mayo 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14321451 realizó el día 05/05/2025 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 MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14321451 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) MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14321451 el día 05/05/2025 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

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR Identificado con CC 14321451

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SOACHA PARQUE, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24091510718 |
| **Fecha de apertura:** | 28 de Enero de 2019 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 16 de Abril de 2025.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

IPS Salud Humana

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

N°

### INFORMACION GENERAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 6 | Enero | 2023 | La Dorada | Examen medico ocupacional de ingreso |
| DIA | MES | AÑO | Ciudad | |

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

| Nombre de la empresa | INDEPENDIENTE | | |
|---|---|---|---|
| Cargo | INSTRUCTOR | Antigüedad | < de 1 año |

### DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE

| MARTION EMILIO GIRALDO ESCOBAR | | | Genero | Edad | Documento de identificación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | | | Masculino | 52 | CC | 14.321.451 |
| | | | | | Tipo | |
| Estado civil | Union Libre | Teléfono | 3124809855 | Dirección | CALLE 10 Nº 1-60 PTO BOGOTA-HONDA | |

### RIESGOS LABORALES

| | |
|---|---|
| X Psicosociales | Químicos |
| X Osteomuscular | x Condiciones de seguridad |
| Biológicos | x Biomecánicos |
| Físicos | Fenómenos naturales |

### EXAMENES DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación ocupacional ENFAISIS CARDIOVASCULAR | | X | | Optometria | x |
| Audiometria | | | | Psicologia | x |
| Laboratorios | PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA, CUADRO HEMATICO, PARCIAL DE ORINA | | | Electrocardiograma | |

### CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto Con recomendaciones

| RECOMENDACIONES MEDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE |
|---|---|---|
| HERNIA UMBILICAL: NO LEVANTAR MAS DE 25 KG DE PESO, VALORACION POR CIRUGIA POR EPS. USO DE LENTES, CONTROL CON OPPTOMETRIA CADA AÑO. | REPORTAR NOVEDADES, PELIGROS Y RIESGOS QUE SE PRESENTE EN MATERIA SST AL RESPONSABLE DEL SISTEMA - REALIZAR INDUCCION SST - CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA | CONTINUAR CON HABITOS DE DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y DE ACTIVIDAD FISICA TRES VECES POR SEMANA |

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes.

Medico

Dr. Rafael E. Vitola Ortega
Médico Especialista en seguridad y salud en el trabajo
R.M. 70-392 Lic. 202006025272

Rafael E. Vitola Ortega

Firma

Nombre Rafael Eduardo Vitola Ortega

R.M 70-392 L.S.O:202006025272

Aspirante o trabajador

Firma

Documento cc. 14.321.451.

# REGISTRO DE VISIOMETRÍA TAMIZ

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha | 06-01-2023 | | |
| Nombre | Martin Emilio Giraldo Escobar | Identificacion | 14.321.451 |
| Cargo | instructor | Edad | 52. |
| Empresa | independiente. | Género | masculino. |

| ANTEOJOS | | | | NO | LENTES DE CONTACTO |
|---|---|---|---|---|---|
| Para lejos | Para cerca | Permanentes | Temporales | | |
| | | | ✓ | | |

| Antecedentes familiares | | | | Síntomas | |
|---|---|---|---|---|---|
| HTA | NO ☐ | Trauma con consecuencia | ☐ | Cefalea | ☐ NO |
| Diabetes | NO ☐ | Diabetes | ☐ | Lagrimeo o secreción | ☐ NO |
| Glaucoma | ☐ | Glaucoma | ☐ | Cansancio | ☐ |
| Catarata | NO ☐ | Catarata | NO ☐ | Dolor o ardor | ☐ |
| Enfermedades de la A.V | ☐ | Enfermedades de la A.V | ☐ | Ojos rojos | ☐ |
| Otros | ☐ | Cirugías oculares | NO ☐ | Mala visión de cerca | ☐ NO |
| | | Trauma con consecuencia | ☐ | Mala visión de lejos | ☐ NO |
| | | Cuerpos extraños | NO ☐ | Visión doble/ borrosa | ☐ |
| | | Otros | ☐ | Otros | ☐ |

| Hallazgos anatómicos que inciden en fatiga visual |
|---|
| NINGUNO ✓ |

| Hallazgos fisiológicos que inciden en fatiga visual | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NORMAL ■ | | | ALTERADO ■ | | |
| | SC | CC | | SC | CC |
| A.V. Lejos OD | ■ | ☐ | A.V. Cerca OD | ■ | ☐ |
| A.V. Lejos OI | ■ | ☐ | A.V. Cerca OI | ■ | ☐ |
| A.V. Lejos AO | ■ | ☐ | A.V. Cerca AO | ■ | ☐ |
| Discrimina color AO | ■ | ☐ | Vis profundidad AO | ■ | ☐ |

| | | | | | | Campo vis OD | ■ | ☐ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Campo vis OI | ■ | ☐ |
| | | | | | | Campo vis AO | ■ | ☐ |

| RESULTADOS DE LA VISIOMETRIA | | | |
|---|---|---|---|
| Capacidad visual normal | ■ | C.V. Alt. Corregida adecuadam ☐ | C.V. alt. C. inadecum. ☐ |
| Agudeza V. alterada | ☐ | Componentes V. alterados ☐ | C.V. general alterada ☐ |

| CONCEPTO | | | | CONTROL E.P.S | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. NRC | ☐ | 3. TCCA | ☐ | Ninguno | Optómetra | Oftalmólogo |
| 2. RC | ☐ | 4. TCCI | ☐ | | X | |

**Observaciones y/o recomendaciones** - Uso de lentes
- control con optometria cada 6 meses

Dr. Rafael E. Viola Ortega
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M.T.: 3[illegible] Lic. 2020/[illegible]

Rafael E. Viola Ortega

Responsable de la valoración

X

Firma del Evaluado

# LABORATORIO CLINICO
## Dr. NESTOR TAFUR GOMEZ

EXAMENES DE RUTINA Y ESPECIALIZADOS

**FECHA:** 06/01/2023
**NOMBRE:** MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR **EDAD: 52 AÑOS**
**DOC:** 14.321.451

## QUIMICA CLINICA

| PROCEDIMIENTO | RESULTADO | VALOR NORMAL | PRODECIMIENTO | RESULTADO | VALOR NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|
| GLICEMIA PRE-PRANDIAL | 72 mg/dl | 70-110 mg/dl | BILIRRUBINA TOTAL | mg/dl | < 1.0 mg/dl |
| GLICEMIA POST DESAYUNO 2 hrs | mg/dl | 70-110 mg/dl | BILIRRUBINA DIRECTA | mg/dl | < 0.2 mg/dl |
| CREATININA | mg/dl | Hombres 0.9/1.3mg/dl Mujeres 0.6/1.1mg/dl | BILIRRUBINA INDIRECTA | mg/dl | < 0.8 mg/dl |
| NITROGENO UREICO | mg/dl | 10-50 mg/dl | GOT | U/L | < 38 U/L |
| COLESTEROL TOTAL | 179 mg/dl | Hasta 200 mg/dl | GPT | U/L | < 40 U/L |
| COLESTEROL HDL | 45 mg/dl | M ayor 45 mg /dl | AMILASA | U/L | 28-100 U/L |
| COLESTEROL LDL | 83.4 mg/dl | Hasta 150 mg/dl | FOSFATASA ALCALINA | U/L | 98-279 U/L |
| COLESTEROL VLDL | 50.6 mg/dl | Hasta 50 mg/dl | | | |
| TRIGLICERIDOS | 152 mg/dl | Hasta 150 mg/dl | | | |
| ACIDO URICO | mg/dl | Hombres 2.5/6.0 mg/dl Mujeres 2.5/5.0 mg/dl | | | |
| PROTEINAS TOTALES | mg/dl | | INDICE ARTERIAL | | LDL/HDL: < 3 |

**Dr. NESTOR LEONEL TAFUR GOMEZ**
**BACTERIOLOGO**
**UNIVERSIDAD RAFAEL NUÑEZ**
**R. P. 0254**

**BARRIO CENTRO Kr 5 # 11 - 33 EDIFICIO PINEDA tel. 036- 8578205**
**3136357619 - 3229321487 - La Dorada Caldas**
*TECNOLOGIA Y CONOCIMIENTO A SU ALCANCE.*

# Hospital San Juan De Dios E.S.E.

NIT. 890.700.666-8

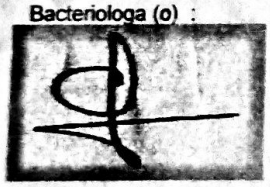
LABORATORIO CLINICO



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. de Orden | : | 12140110 | | | |
| Paciente | : | GIRALDO ESCOBAR MARTIN EMILIO | | | |
| Identificación | : | 14321451 | Edad | : | 51 Años |
| Eps | : | | Fec. Ingreso | : | 14/12/2022 08:29 |
| Servicio | : | | Fec. Impresión | : | 21/12/2022 12:57 |

| Prueba | Resultado | | Unidad | Valor de Referencia | Validación |
|---|---|---|---|---|---|
| **HEMATOLOGIA** | | | | | |
| **HEMOGRAMA II (HB,HTO,ERITROCITOS,PQ,MORFOLOGIA ELECTRONICA)AUTO** | | | | | |
| WBC: | 5.0 | | 10^3/µL | 5.0 - 10.0 | 14/12/2022 12:36 PM |
| NEU#: | 2.92 | | 10^9/L | 1.63 - 6.96 | 14/12/2022 12:36 PM |
| NEU%: | 57.8 | | % | 39.3 - 73.7 | 14/12/2022 12:36 PM |
| LYM#: | 1.74 | | 10^9/L | 1.09 - 2.99 | 14/12/2022 12:36 PM |
| LYM%: | 34.4 | | % | 18.0 - 48.3 | 14/12/2022 12:36 PM |
| MONO#: | 0.19 | | 10^9/L | 0.12 - 1.20 | 14/12/2022 12:36 PM |
| MONO%: | 3.7 | ↓ | % | 4.4 - 12.7 | 14/12/2022 12:36 PM |
| EOS#: | 0.20 | | 10^9/L | 0.20 - 0.50 | 14/12/2022 12:36 PM |
| EOS%: | 4.0 | ↓ | % | 6.0 - 7.3 | 14/12/2022 12:36 PM |
| BASO#: | 0.00 | | 10^9/L | 0.00 - 1.00 | 14/12/2022 12:36 PM |
| BASO%: | 0.1 | | % | 0.0 - 1.7 | 14/12/2022 12:36 PM |
| RBC: | 5.04 | ↑ | 10^6/µL | 3.60 - 4.60 | 14/12/2022 12:36 PM |
| HGB: | 15.7 | | g/dL | 12.0 - 16.0 | 14/12/2022 12:36 PM |
| HCT: | 47.2 | | % | 37.7 - 53.7 | 14/12/2022 12:36 PM |
| MCV: | 93.6 | | fL | 81.1 - 96.0 | 14/12/2022 12:36 PM |
| MCH: | 31.2 | | pg | 27.0 - 31.2 | 14/12/2022 12:36 PM |
| MCHC: | 33.3 | | g/dL | 31.8 - 35.4 | 14/12/2022 12:36 PM |
| RDW-CV: | 11.9 | | % | 11.5 - 14.5 | 14/12/2022 12:36 PM |
| RDW-SD: | 47.5 | | fL | 35.0 - 56.0 | 14/12/2022 12:36 PM |
| PLT: | 218 | | 10^9/L | 150 - 450 | 14/12/2022 12:36 PM |
| MPV: | 8.2 | | fL | 6.5 - 12.0 | 14/12/2022 12:36 PM |
| PCT: | 0.179 | | % | | 14/12/2022 12:36 PM |

Bacteriologa (o) :



**QUIMICA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Acido Urico en Suero u otros Fluidos | 5.59 | | mg/dL | 3.50 - 7.20 | 14/12/2022 12:36 PM |
| Glucosa en suero | 94 | | mg/dL | 74 - 106 | 14/12/2022 12:36 PM |

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA E.S.E. - HONDA, TOLIMA**

Nit: 890700666 Dirección: AV. CENTENARIO CL 9 N° 16-38 Tel: (098) 2513100

## RESULTADO LABORATORIO

CC 14321451 USUARIO: MARTIN EMILIO GIRALDO ESCOBAR EPS: EPS FAMISANAR CONTRIBUTIVO 2

Edad: 52 A Sexo: M Zona: U No Afil: No Autorizacion: Admision: A222148

**EXAMEN DE ORINA** Fecha examen: 16/12/2022 12:51

### CARACTERISTICAS GENERALES

| | |
|---|---|
| **Aspecto:** | LIMPIDA |
| **Color:** | AMARILLA PALIDA |
| **PH:** | 5.00 |
| **Densidad:** | 1020 |
| **Glucosa:** | Normal |
| **Proteinas:** | Negativo |
| **Cuerpos Cetonicos:** | Negativo |
| **Hemoglobina:** | Negativo |
| **Sangre:** | Negativo |
| **Bilirrubina:** | Negativo |
| **Urobilinogeno:** | Normal |
| **Nitritos:** | Negativo |

### SEDIMENTO

| | | |
|---|---|---|
| **Leucocitos:** | 0-2 | *mm3* |
| **Celulas:** | Células Epiteliales Bajas | 3-4 |
| **Bacterias:** | Escasas | |

**Bacteriologo:** LAURA DANIELA GORDILLO MURILLO

**Registro:**