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	**Julio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**15580-892755**

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	**01/06/2025**	**Al**	**30/06/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.597.066
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 38.635.892
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 22.997.555

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.049.411**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8387468091**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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	$ 1.016.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.746.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.049.411,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se entregó productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, actas, juicios valorativos, reportes de juic
Se establecen informes de planeación, ejecución y se evalúa actividades de procesos de aprendizaje según las fichas establecidas.
Se establecen las respectivas novedades en Sofia plus y en la carpeta del instructor.
Se registra asistencia e inasistencias de las diferentes fichas en los grupos de formación establecidos.
Sé fomentó en los centros de formación con los aprendices, la participación humana y de respeto con los grupos de inclusión y con la p
Se registró asistencia a reuniones específicas y acordadas por coordinación y gestora al CGA. En la evaluación y seguimiento del prime
Sé Entregó informes en las plataformas respectivas como SOFIA SENA PLUS y Carpeta del instructor.
Se aplicó las guías de aprendizaje en los formatos actualizados y correspondientes para el segundo semestre 2025.
Se realizó actividades adicionales en capacitación y lúdicas con el supervisor de 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

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

16/07/25 09:05:37 USUARIO: SIC - C.C. 79916350

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NELSON HOYOS RODRIGUEZ
No. Identificación: CC79916350
Dirección: CALLE131 103A - 49 PISO 1
Telefono: 3134503984
Correo: nelho2004@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8387468091

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSON HOYOS RODRIGUEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC79916350	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2025
Número de planilla	8387468091	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2025
Fecha pago	2025-06-18	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	87468091	**Total Pagado**	535600
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	1900

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	295200	1
EPS008	Compensar EPS	230600	1

8387468091

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79916350
APELLIDOS Y NOMBRES: NELSON HOYOS RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1839800	1839800	1839800	0	230000	0	294400	0	9700	0

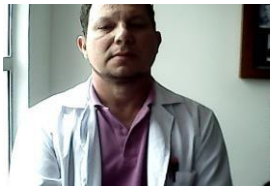
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Fecha Atención : 2024-05-22 13:48:22

Fecha impresión : 2024-10-29 11:01:17

DENTIFICACION 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 COMUN	**DIAGNOSTICO 2**	ENFERMEDAD GENERAL O COMUN
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

NELSON HOYOS RODRIGUEZ
Documento: CC 79916350
Firma del trabajador