



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 TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	920910
Fecha Elaboración	Julio de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	49778-015753

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	LUIS ALEJANDRO BOHORQUEZ VILLARREAL	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.015.404.058	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	alejo.mde503@gmail.com	Número de Cuenta:	058200222808
IP/Nº de contacto:	14771	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	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:	7419981/2025	Nº Compromiso SIIF	12925	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES AUTÓNOMOS E INDEPENDIENTES				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/07/2025	Al	31/07/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 26.983.798
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 49.674.719
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 22.384.287

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.599.511</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.056.111</b>		

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

	Julio	Junio		
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9488459482	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.056.111,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	4.075.111,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00 0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -		0,00 0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -		0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -		0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Dependientes hasta	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 1.019.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.027.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.560.145,00</b>

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

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

APOYO EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE COORDINACIÓN CTCM Y DESARROLLO CURRICULAR.
DESARROLLO DE FORMACIÓN EN INDUCCIÓN Y COMIENZO DE FORMACIÓN PRESENCIAL FICHAS DEL ÁREA DE ELECTRICIDAD.
APOYO EN LA PROGRAMACIÓN DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIAS DEL COORDINACIÓN DE CTCM.
DESARROLLO DE FORMACIÓN FICHAS TITULADAS EN ETAPA TERMINAL PARA PASAR A ETAPA PRÁCTICA.

<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>	
1. Cumplo 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	
<b>LUIS ALEJANDRO BOHORQUEZ VILLARREAL EL CONTRATISTA</b>	

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,
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 periodo 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.	
<b>PEDRO HERNANDO ANTOLINEZ GOYENECHÉ INSTRUCTOR G08</b>	

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  
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	Periodo	Salud	Valor
CC 1015404058		BOHORQUEZ VILLARREAL LUIS ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 10 SUR # 35A - 95	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6918041	No	2025-07	2025-07/15	\$606,100

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07		1629953875	9488459482		I	2025/08/15	2025/07/15	BANCO DAVIVIENDA		0	\$606,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES														
No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES											
			ingres	de	tas	de	ap	cor	res	tin	ige	lma	rec	av
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)														
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)														
1	CC 1015404058	BOHORQUEZ LUIS												
			23020	30	EPS010	30	CCF22	30	14-11	30	2.436%	30		
			1											
<b>Total Afiliados( 1)</b>														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	Periodo	Salud	Valor
CC 1015404058		BOHORQUEZ VILLARREAL LUIS ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 10 SUR # 35A - 95	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6918041	No	2025-07	2025-07/15	\$606,100

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07		1629953875	9488459482		I	2025/08/15	2025/07/15	BANCO DAVIVIENDA		0	\$606,100

RESUMEN DE PAGO											
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR			
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400			
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400			
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$44,900	\$0	\$0	\$44,900			
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$44,900	\$0	\$0	\$44,900			
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800			
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800			
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000			
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000			
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$606,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$606,100</b>			



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **LUIS ALEJANDRO BOHORQUEZ VILLARREAL** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1015404058** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1015404058
NOMBRES Y APELLIDOS	LUIS ALEJANDRO BOHORQUEZ VILLARREAL
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	176
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	46

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 15/04/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,**

**Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941**

**Línea Nacional: 01 8000 519 519**

**[epssura.com](http://epssura.com)**

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BOHORQUEZ VILLARREAL LUIS ALEJANDRO** identificado(a) con **CC** número **1.015.404.058** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de octubre de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 15 de abril de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

2025041510520



## 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, **LUIS ALEJANDRO BOHORQUEZ VILLARREAL** identificado con CC No. **1015404058**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 13/02/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 05/02/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 26/12/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 5

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 prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://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): 202501012792056.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

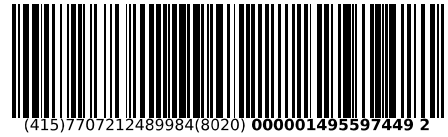
LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14955974492



(415)7707212489984(8020) 000001495597449 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 5 4 0 4 0 5 8	6. DV 7	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico 3 2
---	------------	--	------------------------------

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	Composición del Capital	
71. Clase	0 9		82. Nacional	_____ %
72. Número	_____	_____	83. Nacional público	_____ %
73. Fecha	2 0 1 4 0 3 0 3	_____	84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría	_____	_____	85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	0 3	_____	86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	2 0 1 4 0 3 0 3	_____	87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 2 8 8 3 2 6	_____		
78. Departamento	6 8	_____		
79. Ciudad/Municipio	8 6 1	_____		
Vigencia				
80. Desde	_____	_____		
81. Hasta	_____	_____		

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

Estado y Beneficio

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

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			



### Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS ALEJANDRO BOHORQUEZ VILLARREAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015404058 realizó el día 21/02/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo LUIS ALEJANDRO BOHORQUEZ VILLARREAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015404058 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) LUIS ALEJANDRO BOHORQUEZ VILLARREAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015404058 el día 21/02/2025 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



**PINZON VARGAS SALUD OCUPACIONAL**

Nit: 1098769691-8

Dirección: Calle 11 # 10 26 consultorio 206

Tel: 607 7243269 - Cel: 312 397 5030

Email: pinzon.vargas.2021@gmaila.com

Web: www.sangilsaludocupacional.com

San Gil - Santander



**N° 21,327**

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05	10	2023	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
				SENA			
				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
BOHORQUEZ VILLARREAL LUIS ALEJANDRO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	35 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	CC	1015404058
						Tipo	Número
Cargo <b>INSTRUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA</b>							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
<b>N/A</b> NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>		<b>TIPO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>			
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA			
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO				✓	PERFIL LIPIDICO	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	CUADRO HEMATICO	✓	
OPTOMETRÍA				✓	PSICOLOGIA	✓	
GLICEMIA				✓	-----		
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>		<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>			<b>HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
EN SUS RIESGOS LABORALES ENFATIZAR EN LA ADOPCIÓN DE ADECUADAS POSTURAS ERGONÓMICAS.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

**Médico**



SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS  
Médico  
Especialista Salud Ocupacional  
Código S.S. E.S. 0596

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: PINZON VARGAS SEBASTIAN

R. M.: 1098769691

L.S.O.: 0596



Código de Seguridad

**E1457K1Q21327**

**Aspirante o Trabajador**



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: BOHORQUEZ VILLARREAL LUIS ALEJANDRO

CC: 1015404058



# OPTICA IMPERIALL

Por que sus ojos merecen lo mejor.

CRA 9 No. 11 - 51  
San Gil - Santander  
Teléfono: 3102466680

## OPTOMETRIA

NOMBRE: LUIS ALEJANDRO BOHORQUEZ VILLARREAL		FECHA: 05 /10 /2023
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1015404058	EDAD: 35 AÑOS	CELULAR: 3223596454
OCUPACIÓN: INSTRUCTOR SENA	ULTIMO CONTROL: HACE 1 AÑO APROX.	
MOTIVO DE CONSULTA : Pct usuario de RX óptica vislón próxima, asiste a consulta por: control visual		
ANTECEDENTES MÉDICOS: no reporta		

### EXAMEN AV VL SC:

OD: 20/25 OI: 20/25 AO: 20/25

### AV VP SC:

OD: 0.50 M OI: 0.50 M AO: 0.50 M

### LENSOMETRIA

RX OD: N-1.00X90 OI: N-0.50x90 ADD: no aplica

### AV CC VL

OD: 20/20

OI: 20/20 AO: 20/20

### Y VP

### OFTALMOLOGÍA

OD: excavación 0.3, papila redonda

OI: excavación 0.3, papila redonda

### EXAMEN EXTERNO:

OD: Hiperemia + generalizada OI: Hiperemia + generalizada

### REFRACCIÓN FINAL

OD: N-1.00X90 AV: 20/20

OI: N-0.50x90 AV: 20/20

ADD: NO APLICA AV: 0.50M

CT: VL: ortho VP 40CM: ortho VP 20CM: X

VL: VP:

PPC: 8-10-12 DUCCIONES: normales VERSIONES: normales

OBSERVACIÓN: Pausas activas cada 20 minutos

DIAGNOSTICO: H522 astigmatismo AO

PLAN: control en 1 año.

Continuar con la corrección óptica de uso permanente por 3 meses mas (renovar).

FREEGEN, aplicar 1 gota en cada ojo cada 6 horas, hasta terminar frasco.

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA OPTOMETRA



202310050146

LABORATORIO CLÍNICO  
LIGIA VARGAS CH.CALLE 11 #10 - 26 CONS. 209  
315 3157009 - 7243269  
LABLIVACHA@GMAIL.COM  
SAN GIL - SANTANDER

## INFORME / REPORT

<b>Paciente / Patient:</b>	<b>BOHORQUEZ VILLARREAL, LUIS ALEJANDR</b>	<b>Fecha de ingreso/Date:</b>	05/10/2023 08:00:14 am.
<b>Id Paciente/ Patient Id:</b>	<b>1015404058</b>	<b>Fecha de impresión/Print Date:</b>	05/10/2023 02:15:37 pm.
<b>Edad/Age:</b>	35 Años	<b>Doctor / Physician</b>	VARGAS LIGIA
<b>Fecha Nac./Birthday:</b>	30/03/1988	<b>Eps</b>	SALUD OCUPACIONAL
<b>Sexo/Sex:</b>	Masculino/Male		

QUIMICA

ESTUDIO STUDY	RESULTADO RESULT	UNIDADES UNITS	REFERENCIA REFERENCE
GLUCOSA PRE	89	mg/dL	70 - 100

Tecnica: ENZIMATICO COLORIMETRICO / A-15

**PERFIL LIPIDICO COMPLETO**

COLESTEROL TOTAL	*	201	mg/dL	1 - 200
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	*	124	mg/dL	1 - 100
TRIGLICERIDOS		73	mg/dL	1 - 150
COLESTEROL ALTA DENSIDAD (HDL)	*	62	mg/dL	35 - 60

Método: ENZIMATICO COLORIMETRICO / A-15



Bacterióloga UDES  
RETHUS 37899214

05/10/2023 11:11:56 am. Validado por: JOHANNA LIZETH ACOSTA WANDURRAGA

\* = Resultado fuera del rango de referencia



202310050146

LABORATORIO CLÍNICO  
LIGIA VARGAS CH.CALLE 11 #10 - 26 CONS. 209  
315 3157009 - 7243269  
LABLIVACHA@GMAIL.COM  
SAN GIL - SANTANDER

## INFORME / REPORT

<b>Paciente / Patient:</b>	<b>BOHORQUEZ VILLARREAL, LUIS ALEJANDR</b>	<b>Fecha de ingreso/Date:</b>	05/10/2023 08:00:14 am.
<b>Id Paciente/ Patient Id:</b>	<b>1015404058</b>	<b>Fecha de impresión/Print Date:</b>	05/10/2023 02:15:37 pm.
<b>Edad/Age:</b>	35 Años	<b>Doctor / Physician</b>	VARGAS LIGIA
<b>Fecha Nac./Birthday:</b>	30/03/1988	<b>Eps</b>	SALUD OCUPACIONAL
<b>Sexo/Sex:</b>	Masculino/Male		

## HEMATOLOGIA


ESTUDIO STUDY	RESULTADO RESULT	UNIDADES UNITS	REFERENCIA REFERENCE
<b>HEMOGRAMA</b>			
RECuento DE LEUCOCITOS (WBC)	6.24	10 <sup>3</sup> /uL	4.50 - 11.00
NEUTROFILOS	4.36	10 <sup>3</sup> /uL	2.50 - 7.50
LINFOCITOS	1.54	10 <sup>3</sup> /uL	1.30 - 4.00
MIXTOS	0.34	10 <sup>3</sup> /uL	0.15 - 0.70
NEUTROFILOS (GRA%)	69.90	%	50.00 - 75.00
LINFOCITOS (LYM%)	25	%	25 - 40
MIXTOS (MID%)	5.40	%	3.00 - 7.00
RECuento DE GLOBULOS ROJOS (RBC)	4.88	10 <sup>6</sup> /uL	4.33 - 5.78
HEMOGLOBINA (HGB) *	14.9	g/dl	15.0 - 17.0
HEMATOCRITO (HCT)	45.1	%	37.0 - 49.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	92	fl	80 - 97
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	29.60	pg	26.50 - 33.50
CONCETRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)	32.00	g/dl	31.70 - 34.20
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA DS (RDWs)	41.40	fl	36.20 - 49.70
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA (RDWcv)	13.4	%	11.3 - 16.7
RECuento DE PLAQUETAS (PLT)	292.00	10 <sup>3</sup> /uL	156.00 - 342.00
PLAQUETOCRITO (PCT)	0.22	%	0.16 - 0.36
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) *	7.70	fl	8.00 - 15.00
ANCHO DISTRIBUCION DE PLAQUETAS CV (PDWc)	38.60	%	37.80 - 43.60
OBSERVACIONES MICROSCOPICAS			

Recuento diferencial manual: PMN: 66% Linfocitos: 30% Monocitos: 3% Eosinofilos: 1%

RETHUS 1.100.964.789  
Bacterióloga  
Universidad de Pamplona

05/10/2023 02:14:53 pm. Validado por: CLAUDIA MARCELA TORRES VARGAS

\* = Resultado fuera del rango de referencia

	<b>RESOLUCIÓN</b> <b>00596</b>	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

**RESOLUCIÓN NÚMERO DE**  
**POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO**

Que SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS, identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098769691, ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

**RESUELVE:**

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS. MEDICINA - ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO identificado(a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098769691, en las áreas de Medicina, en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,  
Dado en Bucaramanga a los

02 FEB 2021

  
**JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ**  
**Secretario de Salud Departamental**