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 | Agosto de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 67693-769370 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ELKIN ALEXANDER RENTERIA SIERRA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.015.449.247 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | earenteria@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 91220026383 |
| **IP/Nº de contacto:** | 14578 | **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:** | 7432511/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **25925** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

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

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/08/2025** | **Al** | **31/08/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 21.311.067 |
| **Número de pago** | **7** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.068.329 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 16.711.556 |

## 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** | **$ 2.704.460** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Agosto | Julio | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.704.460,00 | TARIFA |
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | --- | **88547824** | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.075.111,00 | |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 230.000 | $ 230.000 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 294.400 | $ 294.400 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| ARL | | $ 9.700 | $ 9.700 | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 39.366,00 | 0,966% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| 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 | | $ 459.951 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 901.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 5.023.000 | | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | 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

Obl 1. Se desarrolló el proceso de acompañamiento a la ejecución de la formación en las fichas de caracterización programadas por la Coordinación Académica en el periodo académico de 2025.

Obl 2. Se socializa en la inducción de los aprendices el reglamento del SENA, estableciendo los mínimos a tener en cuenta para el desarrollo de la formación profesional integral.

Obl 3. Se realizó entrega del informe de ejecución contractual a la coordinación, así como las actas desarrolladas y los listados de asistencia correspondientes a las fichas asignadas.

Obl 4. Se asistió a las reuniones programadas de equipo ejecutor.

Obl 6. Se realizó los respectivos juicios de evaluación de las fichas programadas en la ruta de aprendizaje.

Obl 8. Se verifica el estado de los aprendices en el sistema Sofía plus.

**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

**ELKIN ALEXANDER RENTERIA SIERRA**
**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,

**ORLANDO SUAREZ MOLINA**
**INSTRUCTOR G15**

**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**

20/08/25 10:59:18 USUARIO: SIC - C.C. 1015449247

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1015449247 | ELKIN ALEXANDER RENTERIA SIERRA | Calle 75B # 107-51 | 3196672777 | ealexanderrs94@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 12/08/2025 | 88547824 | $534.100 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 230.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 230.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 294.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 294.400 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.700 | | | | 9.700 | 0 | 0 | 9.700 | | | 97 | 9.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 230.000 | 230.000 |
| Pensión | 1 | 294.400 | 294.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.700 | 9.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 534.100 | 534.100 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1015449247 | ELKIN ALEXANDER RENTERIA SIERRA | | Calle 75B # 107-51 | 3196672777 | ealexanderrs94@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 12/08/2025 | 88547824 | $534.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1015449247 | RENTERIA SIERRA ELKIN ALEXANDER | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.839.804 | 294.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.839.804 | 230.000 | 14-23 | 1.839.804 | 1 | 9.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS**

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 19 de agosto de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Bogotá

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NIT** | **1222223023** | **THIAGO ALEXANDER RENTERIA PERALTA** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis

ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



FIRMA
Nombre: ELKIN ALEXANDER RENTERÍA SIERRA
C.C. 1015449247

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

26073354-3

NUIP 1.222.223.023

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60359352

*60359352*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A B V

**País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**

REGISTRADURIA DE CHAPINERO- CL CAFAM - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOG

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RENTERIA | PERALTA |

**Nombre(s)**

THIAGO ALEXANDER

| Fecha de nacimiento | | | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|---|---|
| Año 2019 | Mes SEP | Día 24 | MASCULINO | O | POSITIVO |

**Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)**

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 15518285 - 2 |

**Datos de la madre o padre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

**Apellidos y nombres completos**

PERALTA AMAYA NYKOLL ELIZABETH

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.014.298.349 | COLOMBIA |

**Datos de la madre o padre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

**Apellidos y nombres completos**

RENTERIA SIERRA ELKIN ALEXANDER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.015.449.247 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

RENTERIA SIERRA ELKIN ALEXANDER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.015.449.247 | Alexander |

**Datos primer testigo**

**Apellidos y nombres completos**

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

**Apellidos y nombres completos**

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2019 Mes OCT Día 04 | PABLO DAVID JIMENEZ RODRIGUEZ - R |
| | Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Alexander | |
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

04.OCT.2019 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 140 FOLIO 0078.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO. (ART. 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970), TIENE VIGENCIA PERMANENTE (ART. 2 DEC. 2189 DE 1989). EXENTO DE SELLO (ART. 11 DEC 2150 DE 1995).

Fecha de Expedición
10 OCT. 2019

PABLO DAVID JIMENEZ RODRIGUEZ
Registrador Auxiliar de Chapinero

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60359352

NUIP 1.222.223.023

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A B V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CHAPINERO- CL CAPAM - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOG

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RENTERIA | PERALTA |

Nombre(s)

THIAGO ALEXANDER

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2 0 1 3 Mes S E P Día 2 4 | MASCULINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 15518285 - 2 |

**Datos de la madre o padre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PERALTA AMAYA NYKOLL ELIZABETH

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.014.298.349 | COLOMBIA |

**Datos de la madre o padre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RENTERIA SIERRA ELKIN ALEXANDER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.015.449.247 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

RENTERIA SIERRA ELKIN ALEXANDER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.015.449.247 | Alexander R. |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Fecha de Inscripción**

Año 2 0 1 3 Mes 0 6 7 Día 0 1

Nombre y firma del funcionario que autoriza

PABLO DAVID JIMENEZ RODRIGUEZ - R

Nombre y firma

OFIXPRES

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

60359352

**Exámenes Pre ocupacionales.**

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
**Certificado de aptitud: 1015449247-66861**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 04/02/2025 BOGOTA D.C | | **Tipo de Examen:** | INGRESO | |
| **Paciente:** | ELKIN ALEXANDER RENTERIA SIERRA | | **Identificación:** | 1015449247 | |
| **Género** | MASCULINO | **Edad:** 30 | **Teléfono** | | **Móvil:** 3196672777 |
| **Fecha Nacimiento:** | 9/09/1994 | | **Cargo:** | INSTRUCTOR | |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | | **EPS:** | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | |
| **Dirección** | CRA 92 N 76 - 43 | | **Escolaridad:** | UNIVERSITARIO | |
| **Empresa** | PARTICULAR | | | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **AUDIOMETRIA** | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. ROTAR TELEFONO POR AMBOS OIDOS, 4. NO USO DE AUDIFONOS NI MANOS LIBRES, 5. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL |
| **OPTOMETRIA** | ANTEOJOS PERMANENTES CON FILTROS DE PROTECCIóN POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL. |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, VALORACION POR UROLOGIA EN LA EPS. |
| **GLICEMIA PRE-PRANDIAL** | NORMAL |
| **CUADRO HEMÁTICO** | NORMAL |
| **PERFIL LIPIDICO** | NORMAL |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO |
| **ANEXO CARDIOVASCULAR** | EJERCICIOS PARA FORTALECER MUSCULO CARDIACO |
| **PRUEBA PSICOLOGIA 16 PF -5** | No se encuentran rasgos que llamen la atención o que puedan generar dificultades para el cargo, sin observaciones adicionales. |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: VALORACION POR UROLOGIA ESP

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

## Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

## Información de Remisiones

CIRUGIA GENERAL UROLOGIA

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Dr. Anselmo Moreno Arias
Medico Cirujano
Salud Ocupacional
RG. MD. 19262 607/ 12065
U.N.

ANSELMO MORENO ARIAS LSO 12065-09/2015
Médico Especialista en Salud Laboral

ELKIN ALEXANDER RENTERIA SIERRA 1015449247
Firma y cédula del Paciente