

 <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b>	<b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</b> <b>REGIONAL CAUCA</b> <b>CENTRO AGROPECUARIO-CAUCA</b> Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1	<b>Código Regional</b>	<b>19</b>
		<b>Código Centro</b>	<b>911310</b>
		<b>Fecha Elaboración</b>	<b>Agosto de 2025</b>
		<b>Versión</b>	<b>ENERO - 2.25</b>
		<b>ID de Proceso</b>	<b>88321-223589</b>
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>			
<b>Nombres y apellidos:</b> MAURICIO FERNANDO ORTIZ SARRIA <b>Cédula de Ciudadanía:</b> 10.300.190 <b>Correo electrónico:</b> maortizs@sena.edu.co <b>IP/Nº de contacto:</b> <b>Inducción SST:</b> SI <b>Régimen del IVA:</b> NO RESPONSABLE	<b>Banco a consignar:</b> BANCOLOMBIA <b>Tipo de cuenta:</b> AHORROS <b>Número de Cuenta:</b> 86869017029 <b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b> SI <b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b> NO <b>Es declarante de renta por el año gravable 2024:</b> SI		
<b>¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?</b> NO <b>Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000</b> NO <b>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)</b> NO <b>¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?</b> NO <b>Concepto del pago corresponde a:</b> Ninguno <b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b> 0,00%			
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>			
<b>Nº del contrato:</b> 8147936/2025	<b>Nº Compromiso SIIF</b> 311725	<b>Número de pagos durante la vigencia del contrato</b> 3	
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)	Prestar temporalmente los servicios personales de apoyo a la gestión, en los aspectos administrativos para el desarrollo de las fases del proceso relacionado con la gestión pedagógica y curricular en el diseño, desarrollo y gestión de permisos desde el rol de Instructor técnico de competencias específicas en el área ambiental relacionado el manejo ambiental, implementación de		
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>			
<b>Del</b> 04/08/2025 <b>Al</b> 31/08/2025	<b>Saldo Anterior del Contrato:</b> \$ 10.170.533		
<b>Número de pago</b> 1	<b>Valor Total del Contrato:</b> \$ 10.170.533		
<b>Valor Bruto Pago:</b> \$ 4.487.000,00	<b>Nuevo Saldo del Contrato:</b> \$ 5.683.533		
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>			
Ingresos por honorarios \$ 4.487.000	Ninguno 0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo \$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0			
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b> \$ 4.487.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b> \$ 2.630.900	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> \$ 0		
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>			
	<b>Agosto</b>	<b>Julio</b>	
<b>Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS</b>	-----	9489115931	
<b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>	\$ 1.794.800	\$ 0	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.630.900,00 TARIFA
<b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>	\$ 224.400	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA 4.487.000,00
<b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>	\$ 287.200	\$ 0	Valor base IVA 0,00
<b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
<b>ARL II</b>	\$ 18.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
<b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA 0,00 15%
<b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - POPAYAN 8.974,00 0,200%
<b>Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0%
<b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Intereses Prestamo de Vivienda</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Dependientes hasta</b>	\$ 448.700	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Salud hasta</b>	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Renta Exenta 25%</b>	\$ 9.835.302	\$ 877.000	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.</b>	\$ 0	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Retención en la Fuente Contingente</b>	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
			<b>VALOR A PAGAR</b> \$4.478.026,00
<b>SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL VEINTISEIS PESOS M/CTE</b>			
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>			
Diligenciar el plan de trabajo para la elaboración o actualización de programa de formación, Plantilla Gantt diligenciada con actividades			
Elaborar Perfil de egreso y diligenciar la Plantilla Perfil de Egreso del técnico promotoría en Manejo Ambiental Sostenible			
Validar Internamente el perfil de egreso y diligenciar el formato GOR-F-084 V02 Acta validación interna perfil de Egreso promotoría			
Validar Externamente el perfil de egreso y diligenciar el formato GOR-F-084 V02 Acta de revisión externa perfil de Egreso Promotoría			
Elaborar perfil de ingreso y diligenciar la Plantilla perfil de ingreso del técnico promotoría en Manejo Ambiental Sostenible			
Documentar denominación de programa y diligenciar la Plantilla estado del arte de la ocupación del técnico promotoría en Manejo Ambiental			
Documentar justificación del programa y diligenciar la Plantilla de justificación del técnico promotoría en Manejo Ambiental Sostenible			
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>			
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		 <b>MAURICIO FERNANDO ORTIZ SARRIA</b> <b>EL CONTRATISTA</b>	
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>			
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 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.		Autorizo el presente pago. El Supervisor,  <b>FRANCO ORLANDO GARZÓN ARCOS</b> <b>INSTRUCTOR</b>	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>NELSON PINO SALAZAR</b> <b>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)</b>			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10300190		ORTIZ SARRIA MAURICIO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 55n #22-80	POPAYAN-CAUCA	8352598	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor		
2025-07	2025-07	1643349129	9489115931	I	2025/08/25	2025/07/21	BANCOLOMBIA	0	\$47,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																									
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes																				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias		IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF																	
1	CC 10300190	ORTIZ MAURICIO	X																	230301	6	\$284,700	\$45,600		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0		14-23	6	\$284,700	\$1,500	0	\$0	\$0	No	\$47,100																
<b>Total Afiliados( 1)</b>																								\$284,700	\$45,600			\$0	\$0			\$0	\$0			\$284,700	\$1,500									\$0	\$0										\$47,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10300190		ORTIZ SARRIA MAURICIO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 55n #22-80	POPAYAN-CAUCA	8352598	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1643349129	9489115931	I	2025/08/25	2025/07/21	BANCOLOMBIA	0	\$47,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$45,600	\$0	\$0	\$45,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$45,600	\$0	\$0	\$45,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,500	\$0	\$0	\$1,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$1,500	\$0	\$0	\$1,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$47,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$47,100</b>	

## Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

### Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	200.1.20.143
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9489115931
Valor:	47,100
Período de pago:	2025-07
No Transacción (CUS):	1643349129
Fecha:	2025/07/21
Banco:	BANCOLOMBIA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9489115931
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

#### Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

¿Quiénes somos?

Servicios que ofrecemos

¿Cómo liquido mis aportes?

¿Por qué elegirnos?

Preguntas frecuentes

Contáctenos

Documentos y normas

Línea Ética



Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.



**Comprobante en línea**  
Pago PSE

21 Jul 2025 11:55:38



**Pago exitoso**

CUS 1643349129

Comercio  
**APORTES EN LINEA**

Referencia 1  
**200.1.20.143**

Fecha  
**21 Jul 2025 11:55:38**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**9489115931**

Referencia 3  
**10300190**

Descripción del pago  
**Pago de la Planilla de aportes con clave: 9489115931**

Valor del Pago  
**\$47,100**

Número de comprobante  
**TR1054299129**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Ahorros - Bancolombia**  
**\*\*\*\* 7029**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141102547119



(415)7707212489984(8020) 000014110254711 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 0 0 1 9 0 5

6. DV

12. Dirección seccional  
Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

1 7

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

65. Fondos

68. Sin personería jurídica

66. Cooperativas

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados  
67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

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	_____	_____	84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría	_____	_____	85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	0 3	_____	86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	2 0 0 2 0 9 3 0	_____	87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 6 9 1 9 3	_____		
78. Departamento	1 9	_____		
79. Ciudad/Municipio	2 8	_____		
Vigencia				
80. Desde	_____	_____		
81. Hasta	_____	_____		

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		_____		-
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.
<input type="checkbox"/>			
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141102547119



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 0 0 1 9 0 | 5

6. DV

12. Dirección seccional  
Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

1 7

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

1	160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de artículos de ferretería, pinturas y productos de vi 4 7 5 2
	162. Nombre del establecimiento FERROELECTRICOS PISOJE	
	163. Departamento Cauca 1 9	164. Ciudad/Municipio Popayán 0 0 1
	165. Dirección CL 3 56 25	
	166. Número de matrícula mercantil 6 9 4 9 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 2, 0 9 3 0
	168. Teléfono 8 3 9 8 3 8 2	169. Fecha de cierre
2	160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
	162. Nombre del establecimiento	
	163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
	165. Dirección	
	166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
3	160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
	162. Nombre del establecimiento:	
	163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
	165. Dirección	
	166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
	168. Teléfono	169. Fecha de cierre



**N° 58.253**

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
29 DÍA	07 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)  Ciudad	<b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO</b>					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
<b>PARTICULARES CONTADO</b>				<b>PARTICULAR</b>					
Nombre de la empresa				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)									
ORTIZ SARRIA MAURICIO FERNANDO  Apellidos y Nombres				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		41 AÑOS 9 MESES 27 DÍAS		CC 10300190  Tipo Número	
Cargo <b>INSTRUCTOR SENA</b>									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE 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 MÉDICO OCUPACIONAL				✓		GLICEMIA		✓	
OPTOMETRÍA				✓		HEMOGRAMA		✓	
PERFIL LIPIDICO				✓		PRUEBA PSICOLOGICA		✓	
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>			<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>			<b>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>			
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS PERMANENTES			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE VISUAL			CONTROL DE PESO : BAJAR PESO 12 KG EN FORMA GRADUAL			
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE			
			CAPACITACIÓN : EN SST			DIETA BALANCEADA			
			OTROS : CUIDADO DE LA VOZ - HIDRATACION						
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>									
VALORACION POR TELECONSULTA SE EXPIDE CERTIFICADO LABORAL EN BASE A DATOS PROPORCIONADOS POR EL USUARIO Y REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLINICA SEGÚN VALORACION MEDICA, EL USUARIO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES CONTROL DE PESO REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS SE DAN RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO TANTO LABORAL COMO EXTRALABORAL CAPACITAR AL TRABAJADOR EN TEMAS TALES COMO: HIGIENE POSTURAL DE ACUERDO AL CARGO Y PUESTO DE TRABAJO, USO ADECUADO DE EPP									
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**

Patricia Cepeda



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

Nombre: CC: 34552561 - PATRICIA CEPEDA

R. M.: 10251/2015

L.S.O.: 10251/2015

Código de Seguridad

**U979A1G58253**

**Aspirante o Trabajador**

Mauricio Ortiz

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

Nombre: ORTIZ SARRIA MAURICIO FERNANDO

CC: 10300190



## EXAMEN DE OPTOMETRÍA

### DATOS PERSONALES

Atención N°: 4,991

Fecha: 29/07/2025 Municipio: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) CC: 10300190 Nombre: ORTIZ SARRIA MAURICIO FERNANDO Edad: 41 AÑOS 9 MESES  
 Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR SENA Empresa: PARTICULAR  
 Eps: Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMI F. Último Examen: FEB 2025 Lugar del Último Examen: POPAYAN Motivo Consulta: HOY SOLICITA CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL PARA INGRESO LABORAL

### ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

### PRUEBAS REALIZADAS

#### SINTOMATOLOGÍA

REFIERE BUENA VISION DE LEJOS Y CERCA AMBO OJOS

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN				AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN			
O.D:	AV/VL	AV/VP	PH	O.D:	AV/VL	AV/VP	PH
NO APLICA	20/200	0.50 M	N/A	-200	20/20	0.50 M	
NO APLICA	20/200	0.50 M	N/A	-200	20/20	0.50 M	
NO APLICA	20/200	0.50 M	N/A	NO APLICA	20/20	N/A	

#### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: ANEXOS SANOS. SEGMENTO ANTERIOR NORMAL  
 OJO IZQUIERDO: ANEXOS SANOS. SEGMENTO ANTERIOR NORMAL

#### REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

#### COVER TEST

VISIÓN LEJANA: ORTOFORICO  
 VISIÓN PROXIMA: ORTOFORICO

#### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: DUCCIONES Y VERSIONES NORMAL

#### PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: 8 CM

#### OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO NORMAL  
 OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO NORMAL

#### QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' = 43.00/43.50 X 0  
 OJO DERECHO: K' = 42.75/43.000 X0

#### REFRACCIÓN

OJO DERECHO: NO REVISADO AV VL 20/  
 OJO IZQUIERDO: NO REVISADO AV VL 20/

#### RX FINAL

OJO IZQUIERDO: -200 AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 0.5 ADD  
 OJO DERECHO: -200 AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 0.5 ADD

#### VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: TEST DE ISHIHARA:15/15

OJO IZQUIERDO: TEST DE ISHIHARA:15/15

**ESTEREOPSIS**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO HABITUAL GRACIAS ALA CORRECCION QUE TIENE

**OPTOMETRA**

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

Nombre: CC: 51588753 - MARGARITA ROSA IDROBO

R. M.: 51588753 L.S.O.:



Código de Seguridad  
**B979H3N4991**

**PACIENTE**

*Mauricio Ortiz*

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

Nombre: ORTIZ SARRIA MAURICIO FERNANDO

CC: 10300190

**PACIENTE:** ORTIZ SARRIA MAURICIO FERNANDO  
**EDAD:** 41 Años **SEXO:** Masculino  
**HISTORIA:** 10300190 **FECHA INGRESO:** 29/07/2024 12:58  
**ORDEN:** 20240126256 **FECHA IMPRESIÓN:** 29/07/2025 14:13  
**FECHA NACIMIENTO:** 02/10/1983

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
<b>QUIMICA SANGUINEA</b>			
GLICEMIA GOP-PAP	93.0	mg/dl	70.0 - 110.0
<b>PERFIL LIPIDICO</b>			
CHOP-PAP			
COLESTEROL TOTAL	191.0	mg/dl	0.0 - 200.0
COLESTEROL HDL	40.0	mg/dl	35.0 - 85.0
COLESTEROL LDL	116.0	mg/dl	0.0 - 130.0
COLESTEROL VLDL - CALCULADO	35.0	mg/dl	0.0 - 30.0
TRIGLICERIDOS	175.0	mg/dl	0.0 - 150.0
INDICE ARTERIAL	4.8		
ASPECTO DEL SUERO :			

**Validado por: LESLY AMPARO TORRES LASSO**



**HEMATOLOGIA**

**CUADRO HEMATICO TIPO IV**

Impedancia			
RECUENTO DE LEUCOCITOS	7.7	X10 <sup>3</sup> /ul	4.5 - 11.0
LINFOCITOS EN NUMERO	2.50	X10 <sup>3</sup> /ul	1.20 - 3.50
CELULAS MIXTAS EN NUMERO	0.71	X10 <sup>3</sup> /ul	0.10 - 1.00
NEUTROFILOS EN NUMERO	4.49	X10 <sup>3</sup> /ul	1.80 - 6.80
LINFOCITOS %	35.20	%	20.00 - 45.00
CELULAS MIXTAS%	7.40	%	3.00 - 10.00
NEUTROFILOS %	57.40	%	45.00 - 65.00
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	5.60	X10 <sup>6</sup> /ul	4.20 - 6.20
HEMOGLOBINA	16.2	gr/dl	14.0 - 18.0
HEMATOCRITO	49.4	%	40.0 - 52.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	93.1	mmol/L	80.0 - 99.0
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.5	pg	26.5 - 33.5
CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)	34.1	gr/dl	32.0 - 36.0
RDW-SD	46.1	mmol/L	37.0 - 54.0
RDW-CV	14.3	%	10.0 - 15.0
PLAQUETAS	436	X10 <sup>3</sup> /ul	150 - 450
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	8.4	mmol/L	6.5 - 11.0

La interpretacion de los resultados, es exclusiva del medico. resultados validados unicamente para esta muestra

Calle 11 N 9N - 120 Barrio Santa Clara , telefono 8339603, Popayan - Cauca

**PACIENTE:** ORTIZ SARRIA MAURICIO FERNANDO  
**EDAD:** 41 Años **SEXO:** Masculino  
**HISTORIA:** 10300190 **FECHA INGRESO:** 29/07/2025 12:58  
**ORDEN:** 20240126256 **FECHA IMPRESIÓN:** 29/07/2025 14:13  
**FECHA NACIMIENTO:** 02/10/1983

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
--------	-----------	--------	---------------------

PDW	13.6		
PLAQUETOCRITO	0.259	%	

Validado por: **LESLY AMPARO TORRES LASSO**

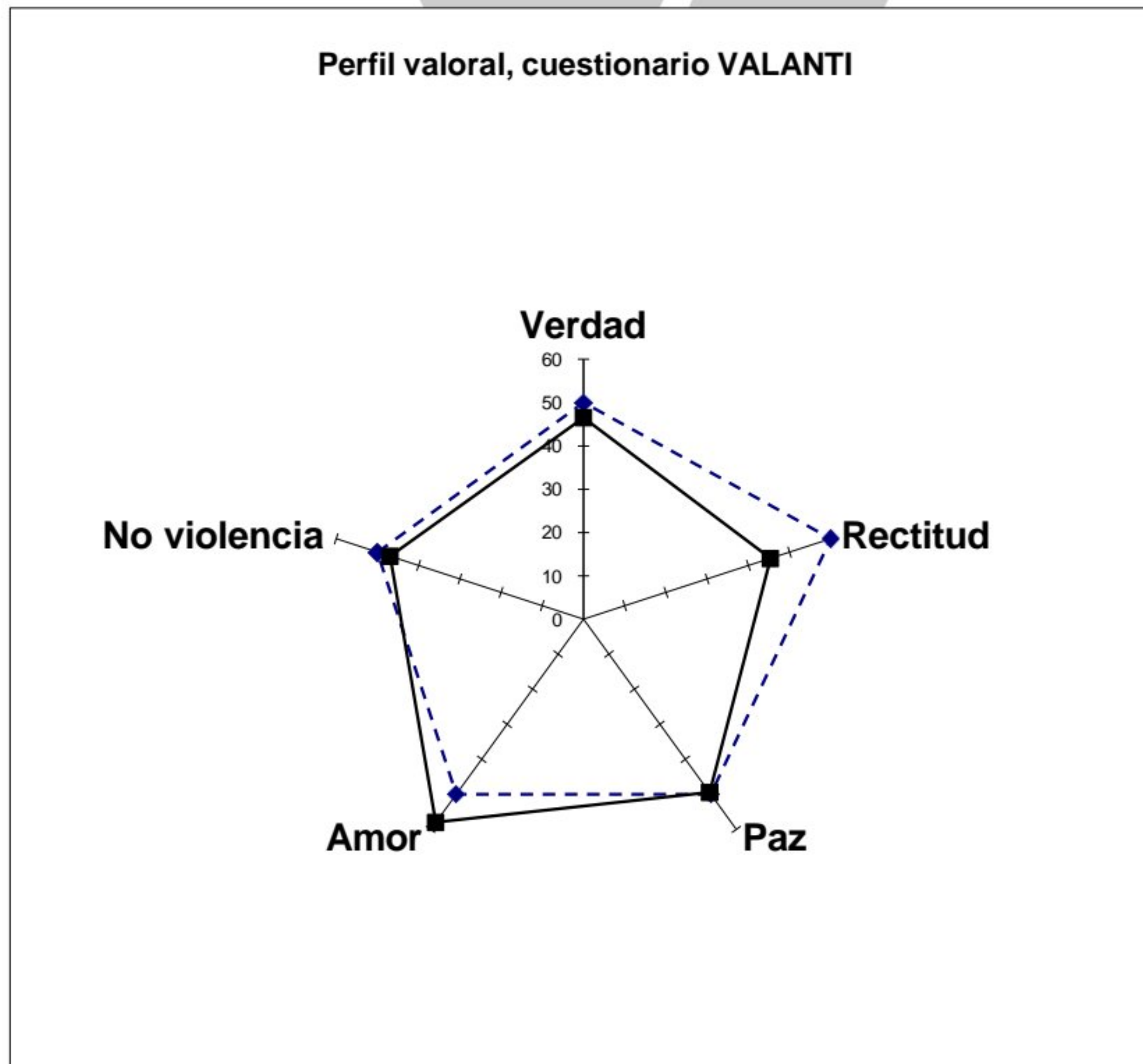


LABORATORIO CLÍNICO

**INFORME DE PRUEBAS PERSONALIDAD VALANTI**

**NOMBRE:** MAURICIO FERNANDO ORTIZ SARRIA  
**EDAD:** 41 AÑOS  
**CARGO:** INGENIERO AMBIENTAL  
**SEXO:** MASCULINO  
**ESTUDIO:** MAESTRIA  
**FECHA:** 22/07/2025

**RESULTADO GRAFICO DE LA PRUEBA**



## ASPECTOS GENERALES

- 1. El valor verdad está dentro de la norma de la población.** La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como la veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.
- 2. El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado.** La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.
- 3. La valoración de la paz está dentro de la norma de la población.** La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.
- 4. Impacta en su vida el amor un poco más que el resto de la gente.** Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.
- 5. El valor no violencia está dentro de lo normal.** La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

## CONCEPTO FINAL

\*\*El trabajador presenta un perfil axiológico equilibrado, con valores centrales como la verdad, la rectitud, la paz, el amor y la no violencia dentro de los rangos normativos. Se evidencia adecuada integración de componentes intelectuales, físicos, emocionales, intuitivos y espirituales, lo que sugiere madurez ética, buena adaptación social y potencial para relaciones interpersonales armónicas y decisiones moralmente responsables.

**El perfil cuenta con las competencias requeridas para desarrollar el cargo.**

**Profesional que evalúa:**



**LINA ALEJANDRA GUZMAN**  
PSICOLOGA  
ORGANIZACIONAL Y SST  
T.P.:109088



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### Hace constar:

Que el Sr(a) MAURICIO FERNANDO ORTIZ SARRIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10300190 el día 26/08/2025 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

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

### CERTIFICA

Que Mauricio Fernando Ortiz Sarria, identificado(a) con CC número 10300190, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 10300190
NOMBRES Y APELLIDOS	Mauricio Fernando Ortiz Sarria
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	02/10/1983
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2015
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	274 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/06/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 10300190 MAURICIO FERNANDO ORTIZ  
SARRIA Desde 24/07/2025 - Vigente

## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

### CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación, registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del contratante			
<b>Nombres y apellidos o Razón Social</b>	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
<b>Tipo de documento de identificación</b>	NIT	<b>Número de documento de identificación</b>	899999034
Datos del contratista			
<b>Tipo documento y número de identificación</b>	CC 10300190	<b>Nombres y apellidos</b>	MAURICIO FERNANDO ORTIZ SARRIA
<b>Fecha inicio contrato</b>	4/08/2025	<b>Estado de Afiliación</b>	Activo
<b>Fecha fin contrato</b>	31/12/2025	<b>Tipo de vinculación</b>	Trabajador Independiente
<b>Fecha Inicio de cobertura</b>	4/08/2025	<b>Fecha Retiro</b>	SIN NOVEDAD
<b>Clase de riesgo</b>	2		

Esta certificación se expide a los 6 días del mes de agosto del 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) | defensor@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.

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaCol  PositivaSeguros

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

[www.positiva.gov](http://www.positiva.gov)

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NUIP** 1058550792

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 43887667

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

Registraduría   
  Notaría   
 Número **01**   
 Consulado   
 Corregimiento   
 Inspección de Policía   
 Código **F 1 H**

**Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
**COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN**

**Datos del Inscrito**

Primer Apellido: **ORTIZ**    Segundo Apellido: **HOYOS**  
 Nombre(s): **ISABELA**  
 Fecha de nacimiento: Año **2011** Mes **SEP** Día **15**   
 Sexo (en letras): **FEMENINO**   
 Grupo sanguíneo: **O**   
 Factor RH: **POSITIVO**  
 Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección):  
**COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**   
 Número certificado de nacido vivo: **10781889-4**

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: **HOYOS FERNANDEZ PIEDAD ELENA**  
 Documento de identificación (Clase y número): **C.C. 34,326,428 DE POPAYAN**   
 Nacionalidad: **COLOMBIANA**

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: **ORTIZ SARRIA MAURICIO FERNANDO**  
 Documento de identificación (Clase y número): **C.C. 10,300,190 DE POPAYAN**   
 Nacionalidad: **COLOMBIANO**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: **HOYOS FERNANDEZ PIEDAD ELENA**  
 Documento de identificación (Clase y número): **C.C. 34,326,428 DE POPAYAN**   
 Firma: **PIEDAD HOYOS.**

**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 **2011** Mes **SEP** Día **26**   
 Nombre y firma del funcionario que autoriza: **ANA ELVIRA GUZMAN DE VARONA**

Reconocimiento paterno: **Mauricio Fernando Ortiz Sarría** (Firma)   
 Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: **ANA ELVIRA GUZMAN DE VARONA**

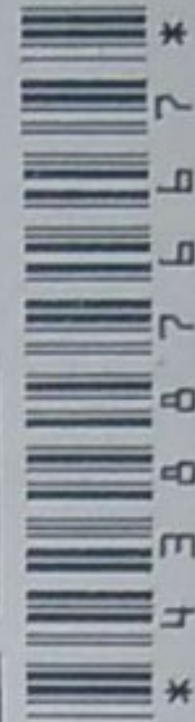
**ESPACIO PARA NOTAS**

\_\_\_\_\_

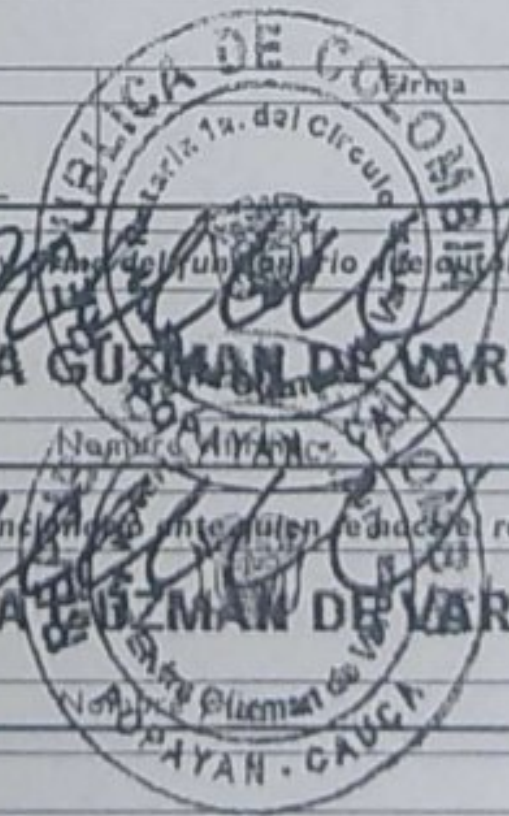
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



NOTARÍA PRIMERA DE POPAYÁN  
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE  
VALIDEZ PERMANENTE

**NOTARÍA PRIMERA DE POPAYÁN**  
**CERTIFICA**  
ESTA FOTOCOPIA DEL ORIGINAL CORRESPONDE AL REGISTRO  
DE NACIMIENTO INSCRITO EN EL SERIAL No. 43887667  
SE EXPIDE PARA PARENTESCO.  
EL SOLICITANTE: Raacio Ortiz  
C.C. 10300190  
POPAYÁN, 17 FEB 2025

  
Edgar Jair Zúñiga Domínguez  
Notario 1º. de Popayán

