SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL CÓRDOBA

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA-CÓRDOBA

Código Regional	23
Código Centro	952310
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	27796-266217

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE				
Correo electrónico contratista:	edwaresquivelnegrete@gmail.com	C.C.	78.710.363	IP/Nº de contacto	3053799913
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus Ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	79087653213
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 124.625.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1358843/2020			Nº Compromiso SIIF	39720
Valor Total del Contrato	$ 26.820.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago		
Saldo Anterior del Contrato	$ 26.820.000	1	Del	17/02/2020 Al 29/02/2020	Valor Bruto Pago $ 1.528.740,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.291.260		Comisiones		$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.528.740	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Período	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 1.528.740	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 958.830	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		26106672
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 4.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 319.610	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	958.830,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.278.440,00	
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	2.557,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	$ 1.526.183,00	

SON: UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTISEIS MIL CIENTO OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Complementario: Productos básicos de panadería

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 diligenciados.

EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE
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,

ALFONSO MARIO CORREA NAVARRO
PROFESIONAL G02

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

AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Monteria, 26 de Febrero de 2020

Señor (a)
ALFONSO MARIO CORREA NAVARRO
SUPERVISOR CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1358843
PROFESIONAL G02
Centro de Comercio Industria y turismo
Monteria

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes **Febrero** del año **2020**

Referencia: No **CO1.PCCNTR.1358843** del año **2020**

EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE , identificado con la cédula de ciudadanía No. 78.710.363 de Monteria , en mi calidad de Contratista del SENA, en en Centro Comercio, Industria y Turismo de Córdoba, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro entre el 17 al 28 de febrero de 2020

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo de VEINI SEIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE (26.820.000). Esta suma será pagada por el SENA al contratista según el plan de pago establecido.

Dichos honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo con el cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta AHORROS N° 790-876532-13 DE BANCOLOMBIA, cuyo titular es el (la) contratista; el cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informado al supervisor del contrato con el fin de surtir los tramites pertinentes. Para que el SENA pueda adelantar los tramites administrativos para el pago, el (la) contratista debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos del ´pago, tales como la certificación expedida por el supervisor del contrato, en la que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y obligaciones del contrato en el respectivo periodo y la certificación de los aportes al sistema general de salud,Pension y Riesgos laborales, asi como los demás documentos necesarios para le pago.

Plazo: Será hasta el 11 de Diciembre del 2020.

OBJETO:
CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO POR LA VIOLENCIA DEL CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE SENA REGIONAL CORDOBA EN EL ÁREA DE PROCESOS BÁSICOS DE PANADERÍA.

CLÁUSULA (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Planear procesos formativos de acuerdo al programa de formación y los lineamietos institucionales.	Proceso de alistamiento en los diferentes municipios de : Moñito, Ciénaga de oro y Cerete	Recoleccion de datos de los diferentes asistentes
2.	Ejecutar la formación profesional de acuerdo al programa de formación asignado,para el logro de los resultado de aprendizaje definidos.	N/A	N/A
3.	Evaluar los aprendizaje de cada aprendiz .	N/A	N/A
4.	Llevar todos los documentos soportes del proceso de formación profesional, publicados en la plataforma SIGA.	N/A	N/A
5.	Registrar en el aplicativo SOFIA PLUS, todas las evidencias del proceso formativo. Para ellos deben crear la ruta de aprendizaje, asignar aprendices y evaluarlos.	N/A	N/A
6.	Atender las solicitudes realizadas por el supervisor del contrato.	No se ha dado el caso	N/A

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales, fotocopia de planilla – recibo de pago de aporte de salud y pension, planilla No 26106672 expedida por Bancomeva correspondiente al mes de ENERO del año 2020. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites*")

Evidencias en (10) folios

Cordialmente,

EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE
Contratista
C.C. No78.710.363 DE MONTERIA

Recibí a satisfacción:

ALFONSO MARIO CORREA NAVARRO
Supervisor del Contrato No. CO1.PCCNTR.1358843
No . del año 2020
Profesional G02

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Coomeva | EPS

RADICADO

No. 26106632

Fecha de Radicación: 17 02 2020

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones antes de diligenciar este formulario. Escriba en letra imprenta y en mayúsculas)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Regimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] / Beneficiario o afiliado adicional [ ]		C. Contributivo [X]
	B. Colectiva [ ]	C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	03

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia).

6. Apellidos y nombres			
ESQUIVEL (Primer apellido)	NEGRETE (Segundo apellido)	EDWAR (Primer nombre)	ANTONIO (Segundo nombre)
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 78710363	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 21 04 1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
06	Tipo: F N M	Condición: T P		05

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de Cotización - IBC
POSITIVA S.A.	002 / PROTECCION	877,803

18. Residencia			
MZ 3 LOTE 7 VILLA ZORRENT (Dirección)	3053799913 (Teléfono fijo)	3053799913 (Teléfono Celular)	eduardonegrete@hotmail.com (Correo electrónico)
23001 / MONTERIA (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	23 / CORDOBA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Numero del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentescos	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Telefonofijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C		Sinergia Uprec Monteria P P R	Sinergia Uprec Monteria P P R	30700828	30700828
B					
B					
B					

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NE	CC	78710363	02

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	eduardonegrete@hotmail.com (Correo electronico)	MONTERIA (Municipio/Distrito)	CORDOBA (Departamento)

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14529463647

(415)7707212489984(8020) 000001452946364 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 8 7 1 0 3 6 3	9	Impuestos y Aduanas de Montería	12

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	7 8 7 1 0 3 6 3	1 9 9 0 1 0 0 2

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Córdoba 23	Montería 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESQUIVEL	NEGRETE	EDWAR	ANTONIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Córdoba 23	Montería 001

41. Dirección principal
MZ 3 LT 7 BRR VILLA SORRENTO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
edwaresquivelnegrete@gmail.com		7841962	3053799913

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
1081	20180119					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20190523

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 13-02-2020 08:58:30AM

Certificación Bancaria

Bancolombia

26 febrero, 2020

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE** identificado(a) con cc. **78710363** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta Ahorro	790-876532-13	2018/01/17	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiSO de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 78710363 realizó el día 20/02/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

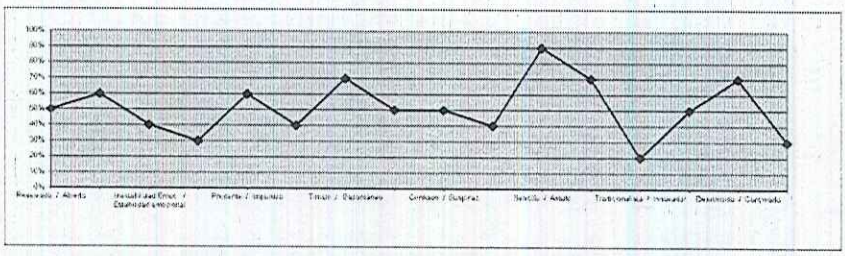
Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

20/02/2020

INFORME PRUEBA DE PERSONALIDAD
16 PF - CATTEL - FORMA A

Nombre *EDWAR ESQUIVEL NEGRETE*
Edad *48 AÑOS*
Sexo *MASCULINO*
Distorsión *15*



FACTOR PSICOLOGICO		(%)	INTERPRETACION DEL FACTOR
A	Reservado / Abierto	50%	Es una persona que no tiene preferencias entre permanecer y trabajar sola, o ser participativa socialmente
B	Rto. Concreto / Abstracto	60%	Es una persona de juicio intelectual intermedio, no tiene niveles altos en manejar relaciones en termino de como se sitúan las cosas, sin embargo tampoco es bajo
C	Inestabilidad Emoc. / Estabilidad emocional	40%	Es una persona que esta medianamente estable. El algunas ocasiones se puede mostrar inestable emocionalmente.
E	Sumiso / Dominante	30%	La persona es sumisa, cede fácilmente ante los demás, es dócil y conformista. Es modesta, humilde y obediente.
F	Prudente / Impulsivo	60%	Es una persona con un nivel intermedio entre ser prudente y ser impulsiva
G	Despreocupado / Escrupuloso	40%	Presenta un nivel intermedio en su nivel de responsabilidad y en aceptar las normas sociales
H	Timido / Espontáneo	70%	Es una persona sociable y espontánea. Dispuesta a intentar nuevas cosas, de numerosas respuestas emocionales.
I	Racional / Emocional	50%	La persona actúa como igual facilidad entre las respuestas de pensamiento y sentimiento
L	Confiado / Suspicaz	50%	Presenta un nivel intermedio de confianza en las persona y en las situaciones
M	Practico / Soñador	40%	Persona que esta guiada por realidades objetivas o en ocasiones puede ser imaginativa y abstraerse en su pensamientos
N	Sencillo / Astuto	90%	Es sumamente astuta, exacta y calculadora. Diplomática , calculadora, se desenvuelve bien en grupo. Ambisiosa y perspicaz
O	Seguro / Inseguro	70%	Es una persona insegura, intranquila, preocupada y deprimida. Se culpa por sus acciones erradas. Se afecta con facilidad, es muy sensible a la aprobación de los demás
Q1	Tradicionalista / Innovador	20%	Es conservadora, respetuosa de las ideas establecidas, tolerante de los defectos tradicionales. Es precavida y resistente a las nuevas ideas, postone los cambios, sigue la línea tradicional es convencionalista
Q2	Dependencia Del Grupo / Autosuficiencia	50%	Tiende a ser autosuficiente e ingeniosa, llena de recursos, prefiere sus propias decisiones. Usualmente busca resolver los problemas por sí misma.
Q3	Desinhibido / Controlado	70%	Tiene signos de perfeccionista, con alta congruencia en el autoconcepto percibido y el deseado. Alto nivel de autocontrol.
Q4	Tranquilo / Tensionado	30%	Es una persona callada, relajada, tranquila. Es algunas situaciones su estado de mucha satisfacción le puede llevar a la pereza y al bajo rendimiento.

Fto(Imphcres)

ÓPTICA 20/20 Visual Center

HISTORIA CLINICA

Página: 1

HC No. 78710363

Nombre: ESQUIVEL NEGRETE EDWAR ANTONIO Edad: 48 Fecha: 12/02/2020 Consulta: 1

Direcc.: B/ MZ 3 LT 7 VILLA SORRENTO Teléfonos: 3053799913 - Registro: 1489

Estado Civil: UNION LIBRE Acompañante: Tel Acompañante:

Responsable: CARLOS ESQUIVEL Tel Responsable: 3122752621 Parentesco: HERMANO

DATOS BASICOS

Antecedentes

Aseguradora PTE PARTICULAR Afiliación

Servicio originado por ENFERMEDAD GENERAL

A.F. Diabetes ☐ Artritis ☐ Hipertensión ☐ Alergias ☐ Cataratas ☐ Glaucoma ☐ Estrab. ☐ Queratoc. ☐

A.P. Diabetes ☐ Artritis ☐ Hipertensión ☐ Ulc. Gastrica ☐ C. refractiva ☐ Alergias ☐ L.C. ☐

Motivo de Consulta

requisito laboral, disminucion en vp

REFRACTIVO

DISMINUCION DE AV EN VL Y VP

Examen Externo

	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	
Rx en Uso M:	RX SOLO VP		Rx en Uso M:	
Rx en Uso LC:			Rx en Uso LC:	
AVSINRX Lej:	20/40	Cerca:	AVSINRX Lej:	20/40 Cerca:
AVCONRX M Lej:		Cerca:	AVCONRX M Lej:	Cerca:
AVCONRX L Lej:		Cerca:	AVCONRX L Lej:	Cerca:
Queratometría:			Queratometría:	
Refracción:	+2.00-1.00*77		Refracción:	+2.00-0.75*88
Sub S.Ciclopej:			Sub S.Ciclopej:	
Ref C.Ciclopej:			Ref C.Ciclopej:	
Rx Final:	+2.00 -1.00 x *90 ADD +1.50 AVFL		Rx Final:	+2.00 -0.50 x *90 ADD +1.50 AVFL

ACA: PPC: COVER TEST: AFC: OJO DTE:

SEGMENTO ANTERIOR

NORMAL AO

Motilidad Ocular

Párpado

Vías Lagrimales - Glándula

PERMEABLES PERMEABLES

Sensibilidad al Contraste

Pupila

Tonometría Gonioscopia

TIPO SCH: APL: TIPO SCH: APL:

Lentes Intraoculares

Biomicroscopía

NORMAL NORMAL

SEGMENTO POSTERIOR

Descripción

NORMAL NORMAL

CONDUCTA

SE DA RX, CONTROL EN 6 MESES

DIAGNÓSTICO

H522 ASTIGMATISMO - PRESBICIA - - -

OBSERVACIONES

NINGUNA

OPTOMETRA
DR. MOISES RUEDA

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3053775382-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en Osteomuscular

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2020/02/13	Nro Ingreso:	003477 / PRINCIPAL
Paciente:	EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE	Origen:	PARTICULAR
C.C.:	78710363	Destino:	SENA
Edad:	48 años	Cargo:	INSTRUCTOR
Género:	Masculino	Fecha Ingreso:	2020-02-12 11:28:40
Tipo Evaluación:	EXAMEN INGRESO	Fecha Salida:	2020-02-13 17:49:48

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE CON PRESBICIA QUE NO LO LIMITA PARA SUS FUNCIONES DIARIAS , CLINICAMENTE SANO APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	ENFASIS CARDIOVASCULAR: SIGNOS VITALES NORMALES, FRECUENCIA CARDIACA NORMAL, RITMO SINUSUAL -- ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO: NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, NO HAY INFLAMACIONES EN NERVIOS PRINCIPALES DE MOVIMIENTO.

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Manejo Psicolaboral
- [x] Pausas Activas
- [x] Manejo de cargas o Posturas
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Remitir a ARL
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Uso de E.P.P.
- [ ] Control Periodico PP por EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Recomendaciones Especificas

SEGUIR CON ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DIETA BALANCEADA EJERCICIO DIARIO AUTOEXAMEN TESTICULAR PERIODICO USO DE EPPS BUENA TÉCNICA DE LAVADO DE MANO

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR.

Profesional Ocupacional: GIACOMO FRANCESCO SALAZAR YOUNG

Registro M.D: 232280

Licencia S.O: 000129

Firma del Paciente: EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE

Identificacion: C.C. - 78710363

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

fundación GOTITAS de amor y fé

Montería, FEBRERO 12 2020

YESSENIA DIAZ LARA

PSICOLOGA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA DE MONTERIA

T.P 127466

CERTIFICADO

A solicitud del interesado

Por medio del presente certifico que el señor EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE se encuentra en plenitud de facultades mentales y emocionales, que no tiene ningún impedimento psicológico para convivir en sociedad como tampoco para las relaciones interpersonales, se evidencia como una personas asusta, exacta y calculadora sin dificultades a nivel cognitivo-cognoscitivo por lo cual no existe ningún impedimento para el desarrollo de sus funciones laborales.

Yessenia Diaz Lara
Psicóloga
T.P 127466

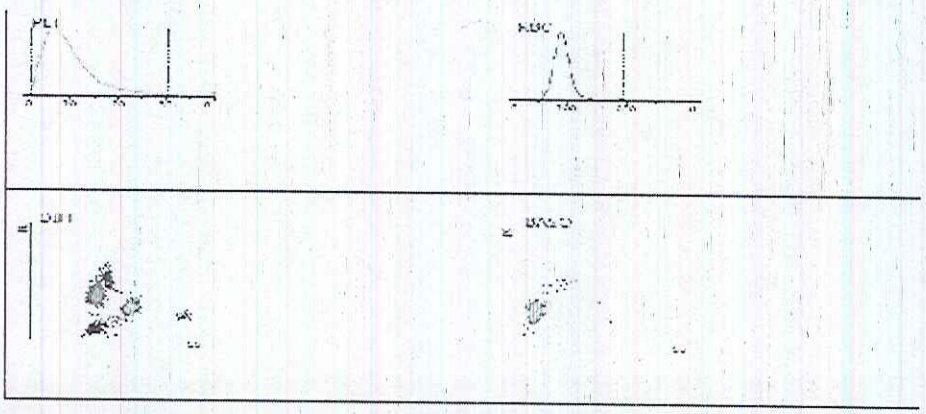
laboratorio clínico y patología
bernardo espinosa - martha de espinosa
maría alejandra espinosa M.D.
adriana espinosa

Sede : Montería
Solicitud : 10340482
Paciente : EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE
Identificación : 78710363
Convenio : PARTICULAR

Fecha Recepción : 2020-02-10 07:42:46
Fecha Impresión : 2020-02-10 12:47:52.
Médico : SIN ORDEN MEDICA
Edad/Sexo : 48 / M

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA DE IV GENERACION + ERITROSEDIMENTACIÓN			
Hematíes	5.04	x10^6/uL	3.90 - 5.60
Hemoglobina	15.0	g/dl	11.5 - 16.5
Hematocrito	45.3	%	37.0 - 50.0
MCV	89.9	fl	80.0 - 97.0
MCH	29.7	pg	26.5 - 33.5
MCHC	33.1	g/dl	31.0 - 38.0
Ancho Dist. Eritrocitaria	13.3	%	11.5 - 15.0
Recuento de Plaquetas	293	x10^3/uL	150 - 550
Volumen Plaquetario Medio	9.9	fl	6.0 - 10.0
Ancho Dist. Plaquetaria	15.9	%	0.0 - 99.9
Plaquetocrito	0.291	%	0.000 - 0.990
Recuento de Leucocitos	3.93	x10^3/uL	3.9 - 11.0
Neutrofilos	41.9	%	39.0 - 75.0
Linfocitos	47.6	%	30.0 - 45.0
Monocitos	7.6	%	2.0 - 8.0
Eosinofilos	1.6	%	1.0 - 4.0
Basofilos	1.3	%	0.0 - 1.0
Recuento Absoluto de Leucocitos			
# Neutrofilos	1.65		2.5 - 7.5
# Linfocitos	1.87		1.5 - 4.5
# Monocitos	0.30		0.2 - 0.8
# Eosinofilos	0.06		0.05 - 0.50
# Basofilos	0.05		0.01 - 0.150
Eritrosedimentación	5	mm/h	< 20

Método: Fotometría Capilar Cuantitativa



Nayra Lopez Teheran
TP: 725 (Bacterióloga)

* La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico*

laboratorio clínico y patología
bernardo espinosa - martha de espinosa
maría alejandra espinosa M.D.
adriana espinosa

Sede : Montería
Solicitud : 10340482
Paciente : EDWAR ANTONIO ESQUIVEL NEGRETE
Identificación : 78710363
Convenio : PARTICULAR

Fecha Recepción : 2020-02-10 07:42:46
Fecha Impresión : 2020-02-10 12:47:53.
Médico : SIN ORDEN MEDICA
Edad/Sexo : 48 / M

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa	88.78	mg/dl	70 - 110
Perfil Lipídico: COL-TRI-HDL			
Triglicéridos	102.8	mg/dl	40 - 200
Colesterol Total	168.69	mg/dl	140 - 200
Colesterol HDL	46.31	mg/dl	35 - 45
Rel. Col. TOTAL/Col HDL	3.64		0 - 5.71
Colesterol VLDL	20.56	mg/dl	2 - 32
Colesterol LDL	101.82	mg/dl	91 - 130
Relación LDL/HDL	2.20		0 - 3.5

Nota: El cálculo de Colesterol LDL no es preciso si los Trigliceridos son mayores a 400 mg/dl

Bernardo Espinosa G.
T.P. 75

* La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico*