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 FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**950810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**24954-534171**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SAMUEL JOSE HERNANDEZ ALMANZA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	80.207.290	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	sjhernandez09@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055048841400789 5
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9134039/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**18126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÃ¡CTER TEMPORAL, PARA ORIENTAR FORMACIÃ³N PROFESIO				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**26/01/2026**	**Al**	**31/01/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 51.164.968
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 51.164.968
Valor Bruto Pago:			**$ 789.583,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 50.375.385

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 789.583	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 789.583**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 211.283**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Enero	Diciembre			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	211.283,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9495717854**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	290.483,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.200	$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	2.806,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	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	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 70.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$786.777,00**	

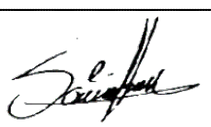
SON: SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se prepara en reuniones de alistamiento curricular para la Ejecución de la formación en el CFAFC de formación en las fichas asignadas.
Se diseña el plan de trabajo para la clase y los trabajos que deberán ser cargados en el Classrom asignado a cada ficha.
Se descargan los juicios de evaluación de las fichas asignadas.
Se asiste a las reuniones durante la semana de alistamiento y se asiste a los comités programados por la coordinación.
Se presenta de manera oportuna el informe mensual de gestión contractual correspondiente al mes de enero.
Se realizan ajustes para la publicación del articulo denominado test retest de la prueba de OLS en adultos jóvenes.
Se generan las respectivas actas, formatos y las respectivas listas de asistencias de los procesos correspondientes a la formación.
Se crean presentaciones en Power Point y talleres teórico-prácticos y estrategias didácticas para generar los procesos de aprendizaje.

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



SAMUEL JOSE HERNANDEZ ALMANZA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,



ALIX JOHANA USCATEGUI CIENDUA
INSTRUCTOR G19

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
KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

19/02/26 16:35:58 USUARIO: SIC - C.C. 80207290

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80207290		HERNANDEZ ALMANZA SAMUEL JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7 A 148 24 APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4405543	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$1,839,804	$36,800			$1,839,804		$9,700		$0	$0		$570,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$1,839,804	$36,800			$1,839,804		$9,700		$0	$0		$570,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$1,839,804	$36,800			$1,839,804		$9,700		$0	$0		$570,900
1	CC	80207290	HERNANDEZ SAMUEL																	23020 1	30	$1,839,804	$294,400	EPS005	30	$1,839,804	$230,000	CCF24	30	$1,839,804	$36,800	14-23	30	$1,839,804	0.522%	$9,700	30	$0	$0	No	$570,900
Total	**Afiliados(1)**																					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$1,839,804	$36,800			$1,839,804		$9,700		$0	$0		$570,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1968885641	9495717854	I	2026/01/23	2025/12/01	NEQUI	0	$570,900

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	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,800	$0	$0	$36,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$36,800	$0	$0	$36,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				**1**	**$570,900**	**$0**	**$0**	**$570,900**

Gmail

Samuel Hernández Almanza <hernandezalmanzasamuel@gmail.com>

¡Pago exitoso!

1 mensaje

somos@nequi.com.co <somos@nequi.com.co>
Para: hernandezalmanzasamuel@gmail.com

30 de noviembre de 2025 a las 12:33 p.m.



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en APORTES EN LINEA por $570.900
Fecha: El 30 de noviembre de 2025
Hora: 12:33 p. m.

Puedes ingresar a tu app Nequi en la opción de Movimientos y revisar el detalle de este pago.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos al chat de nuestra página web: www.nequi.com.co en el botón de 'Ayuda' o llama a la línea de atención (+57) 300 600 0100

¿Ya nos sigues en redes? ¡Siempre tenemos cosas nuevas!



Nequi

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 Samuel Jose Hernandez Almanza, identificado(a) con CC número 80207290, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80207290
NOMBRES Y APELLIDOS	Samuel Jose Hernandez Almanza
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	01/09/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	24/01/2014
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	109 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	21 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	19/04/2022
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 80207290 SAMUEL JOSE HERNANDEZ ALMANZA Desde 01/01/2024 - Vigente

Generado por interfaces 09/01/2026

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ ALMANZA SAMUEL JOSE** identificado(a) con **CC** número **80.207.290** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de julio de 2006 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 09 de enero de 2026.

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:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141229324631

(415)7707212489984(8020) 000014122932463 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 2 0 7 2 9 0	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	ALMANZA	SAMUEL	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 7 D 81 B O 3 TO 6 AP 804

42. Correo electrónico SAMHJANZA@HOTMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 3 0 0 6 1 3 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 2	2 0 1 9 0 6 0 7	7 2 2 0	2 0 1 9 0 6 0 7				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ ALMANZA SAMUEL JOSE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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 **SAMUEL JOSE HERNANDEZ ALMANZA**, identificado con **CC** No. **80207290**, registra la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 26/01/2026 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 26/01/2026 **Fecha fin de Contrato:** 19/12/2026 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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 prorroga deberá realizar la correspondiente novedad en www.positiva.gov.co para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de Enero de 2026.

Cordialmente,

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) SAMUEL JOSE HERNANDEZ ALMANZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80207290 realizó el día 15/02/2026 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

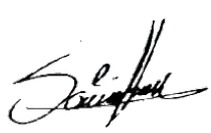
Yo SAMUEL JOSE HERNANDEZ ALMANZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80207290 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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) SAMUEL JOSE HERNANDEZ ALMANZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80207290 el día 15/02/2026 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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **10/01/2026**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor SAMUEL JOSE HERNANDEZ ALMANZA** con **Cédula de Ciudadanía** número **80207290**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488414007895**
Fecha de apertura	**13/03/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON

MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN N°: 906-2021
CALLE 26 A SUR. # 20-27 BARRIO OLAYA /Teléf. CM: 3028182969 NIT: 1047446094-9 EMAIL: MAIRALEJANDRAGUZMAN@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR



PRE-OCUPACIONAL INGRESO	OCUPACIONAL PERIÓDICO	POST OCUPACIONAL O EGRESO
X	☐	☐

BOGOTÁ.DC. 22 DE MARZO DEL 2023 **CONVENIO: INDEPENDIENTE** **CARGO: CONTRATISTA**
TRABAJADOR: HERNANDEZ ALMANZA SAMUEL JOSE DOCUMENTO: 80.207.290 EDAD: 40 AÑOS SEXO: M
EXAMEN REALIZADO: ***OCUPACIONAL DE INGRESO Y DE APTITUD FÍSICA PARA TRABAJAR.***
FINALIDAD DEL EXAMEN: ***ESTABLECER EL ESTADO DE SALUD DE ACUERDO CON LOS FACTORES DE RIESGO A LOS CUALES ESTARA EXPUESTO.***
SEDE / ORDEN: 0059

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS

1.	AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL			PERFIL LIPIDICO		NORMAL	
2.	ESPIROMETRÍA (KNUDSON)				NORMAL			PSICOTEST DE ALTURAS		NORMAL	
3.	OPTOMETRÍA (OPTEC-2000)				NORMAL			HEMOCLASIFICACION		O+	
4.	GLICEMIA				NORMAL			OSTEOMUSCULAR		NORMAL	
5.	F/ 23 Xmin	F/C	71 min	PESO	63 kg	ESTATURA	1.64cm	T/A	123/79mmHg	SpO2	96%

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1.	APTO PARA TRABAJAR SIN RESTRICCIONES	X
2.	APTO CON RESTRICCIONES	
3.	NO APTO	
4.	*APLAZADO*	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

- **USO DE GAFAS DE PROTECCION DURANTE LA JORNADA LABORAL**
- **SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL**
- **HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACION OCUPACIONAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ile comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en l legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratant del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emite diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON *MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL* *Dr. Edgardo Mercado Preston* *RESOLUCIÓN N°: 906-2021* Especialista en Salud Ocupacional Resolución No. 906-2221 Edgardo Mercado Preston	*FIRMA DEL TRABAJADOR:* *C.C:* 80207290	*HUELLA INDICE DERECHO*

Escaneado con CamScanner

Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON
MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN N°: 906-2021
CALLE 26 A SUR. 20-27 BARRIO OLAYA /Teléf. CM: 3028182969 NIT: 1047446094-9
EMAIL: MAIRALEANDRAGUZMAN@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN PSICOMETRICO:

Paciente consciente y orientado en tiempo y espacio, buena atención, sigue indicaciones.

Adecuada presentación personal.

En el plano intelectual dentro de parámetros normales

PSICODIAGNOSTICO:

Paciente que asiste a sesión de psicometría, presenta comportamiento mental sano, buena coordinación bimanual, conducta y moderación adecuada.

EXAMEN FISICO:

Mucosas: Normal

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- Normal

Aparato Cardiovascular: Normal

Abdomen: Normal

SNC: Sin alteraciones.

Con lo descrito en la circular sanitaria 030 de mayo de 2020 el paciente no presenta ninguno de los factores de riesgo para el covid- 19. (sistema inmunitario deprimido, diabético, cáncer, hipertensión arterial, obesidad)

- **Bajo la Circular 001 del 11 de abril del 2020 y la Circular Nro. 030 del 8 de Mayo del 2020 del Ministerio de Salud, el Suscrito médico certifica:**
- **1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO SI (X) NO ( )**

Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL RESOLUCIÓN N°: 906-2021 Especialista en Salud Ocupacional Resolución No. 906-2021 Edgardo Mercado Preston	FIRMA DEL TRABAJADOR: C.C. 80207296	HUELLA INDICE DERECHO

Escaneado con CamScanner