



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 META

CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META

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

Código Regional	50
Código Centro	911710
Fecha Elaboración	Marzo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	22308-093775

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FERNANDO PACHECO APONTE	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.121.842.607	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	fpacheco@sena.edu.co	Número de Cuenta:	84465431589
IP/Nº de contacto:	0	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?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9360109/2026	Nº Compromiso SIIF	31126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR LOS SERV PERSONALES PARA DESARROLLO PROCESOS DE ENTRENAMIENTO DIRIGIDOS A FUNCIONARIOS, TRABAJADORES OFICIALES Y SUS BENEFICIARIOS, EN DISCIPLINAS DEPORTIVAS Y/O ARTÍSTICAS EN MARCO DE LOS PROGRAMAS BIENESTAR INSTITUCIONAL				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/03/2026	Al	31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 25.000.000
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 25.000.000
Valor Bruto Pago:	\$ 2.500.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 22.500.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 2.500.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.500.000		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.299.600	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.299.600,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	36470827	Base retención en la fuente a título de ICA	2.500.000,00	
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	\$ 18.300	\$ 0	Reteica - 8299	0,00	0,600%
	\$ -	\$ -		0,00	0,600%
	\$ -	\$ -		0,00	0,600%
	\$ -	\$ -		0,00	0,600%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -		0,00	0,600%
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	\$ 250.000	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 433.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$2.500.000,00	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Plani fi qué, organicé y ejecuté las actividades de entrenamiento deportivo asignadas
 Promoví actividades deportivas dirigidas a los funcionarios y trabajadores oficiales
 Elaboré e implementé planes de entrenamiento acordes con las disciplinas deportivas a mi cargo
 Se desarrollaron las diferentes sesiones de entrenamiento planificadas, orientadas a optimizar la preparación física, técnica y táctica
 Se evidenció y registró la asistencia de los participantes mediante el diligenciamiento del formato de control establecido y sugerido
 Di cumplimiento a las normas internas del SENA y a la legislación vigente aplicable en materia laboral
 Se ejecutaron las sesiones de entrenamiento programadas conforme a las directrices y lineamientos establecidos por el supervisor

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

Fernando Pacheco A

**FERNANDO PACHECO APONTE
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**JUAN CARLOS ORJUELA RODRIGUEZ
PROFESIONAL G03**

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
HECTOR EDUARDO RUIZ MONDRAGON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 36470827
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2026-03-13

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	FERNANDO PACHECO APONTE	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1121842607	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CL 5 SUR 51 52 BRR LLANO LINDO	DEPARTAMENTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	9319	CORREO ELECTRÓNICO	SOCIALSOCIAL2024@GMAIL.COM	TELÉFONO	3103167831
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL				
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2026	Mes: 02	Año: 2026	Mes: 02	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		\$0		36470827

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Sub tipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1121842607	59	No	No	No	50	1	1949902	Salario	PACHECO APONTE FERNANDO	\$1.423.500

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	T D E	T A E	T D A	T A S	V P P	Fecha Nov Vsp	V T E	V S L	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	I G E	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	L M A	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	V A C	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	A V P	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin			
CC - 1121842607																														0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1121842607	PORVENIR	30	\$1.750.905	0.1600000	\$280.200	\$0	\$0	\$280.200	\$0	\$0	\$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Có d CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1121842607	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	30	\$1.750.905	0.1250000	\$218.900	\$0	0	\$0	0	\$0	30	\$1.750.905	860011153	0.0052200	\$9.200

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1121842607	SIN CCF	0	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2026 - 02

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADO RA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	\$280.200	\$0	\$0	\$0	\$0	10	\$1.800	\$0	\$0	\$282.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOT AL APORTES COT	SUBTOT AL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	\$218.900	\$0	0	\$0	0	\$0	\$218.900	10	\$1.500	\$0	\$220.400	\$0	0	\$0	\$0	\$220.400	\$0	\$0	\$220.400

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQ INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	\$9.200	0	\$0	\$0	\$9.200	10	\$100	\$9.300	0	\$0	\$93	\$9.300

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	\$0	10	\$0	\$0
SENA	0	\$0	10	\$0	\$0
ICBF	0	\$0	10	\$0	\$0
ESAP	0	\$0	10	\$0	\$0
MinEdu	0	\$0	10	\$0	\$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	\$220.400
PENSIONES	1	\$282.000
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$9.300

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	\$0
SENA	1	\$0
ICBF	1	\$0
ESAP	1	\$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	\$0
GRAN TOTAL	1	\$511.700

Certificación Bancaria

Sábado, 14 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que FERNANDO PACHECO APONTE identificado(a) con CC 1121842607, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	84465431589	2024-03-21	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo 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 del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



Hace constar:

Que el Sr(a) FERNANDO PACHECO APONTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1121842607 realizó el día 13/03/2026 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo FERNANDO PACHECO APONTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1121842607 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) FERNANDO PACHECO APONTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1121842607 el día 13/03/2026 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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: **INGRESO** N° Orden: 44953 Fecha Examen: 2025-08-01 Hora: 13:35:50

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 SECTOR: -
ENT. MISIÓN: PARTICULARES NIT: 01 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: FERNANDO APELLIDOS: PACHECO APONTE
IDENTIFICACIÓN: 1121842607 FECHA DE NACIMIENTO: 17 de Julio de 1988 EDAD: 37
ESTADO CIVIL: CASADO(A) NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: MONITOR
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: NUEVA EPS AFP: SIN AFILIACIÓN

FOTOGRAFIA



EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Examen Medico Ocupacional, Audiometria, Optometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologías preexistentes susceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

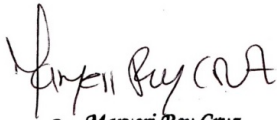
1) Control Auditivo en 1 año 2) Control de exposición a ruido en la fuente 3) Reposo auditivo extralaboral 4) Uso de Protección Auditiva

Recomendaciones de Protección Visual

1) Control Optometria en 1 año

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL RIESGO QUE SE EXPONGA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL ADECUADA DURANTE JORNADA LABORAL. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 40 MIN DIARIOS, ALIMENTACION BALANCEADA, HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
CONTROL AUDITIVO ANUAL
CONTROL OPTOMETRIA ANUAL, NO REQUIERE CORRECCION VISUAL



Dra. **Maryeri Rey Cruz**
Médico Especialista S S T
RM 1121830996
Lic 4921-18




Atendido por: **REY CRUZ NELLY MARYERI**


Registro Médico:

Licencia S.O.:

Paciente: **PACHECO APONTE FERNANDO**

Identificación: **1121842607**

OPTOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE					FOTO	
Nombre: PACHECO APONTE FERNANDO			Identificación: 1121842607			
Género: MASCULINO	RH: O-	Fecha de Nacimiento: 17 de Julio de 1988		Edad: 37		
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		INGRESO	Orden: 44953	Fecha: 2025-08-01		
EPS: NUEVA EPS		ARL: SIN AFILIACIÓN	AFP: SIN AFILIACIÓN			
EMPRESA						
NIT: 01	Razon social: PARTICULARES		Actividad Economica: -			
ENTIDAD EN MISION						
NIT: 01	Razon social: PARTICULARES		Actividad Economica: -			
EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES						
Tipo de Riesgo		T. Exposición		Uso Protección	Protección Visual	
		Acumulada	Diaria			
Químicos (humos,gases, vapores, polvos)	No	-	-	No	-	
Radiación Ultravioleta o Infrarroja (soldadura, hornos)	No	-	-	No	-	
Mecánico (Proyección de Partículas)	No	-	-	No	-	
Iluminación Inadecuada	No	-	-	No	-	
Uso de Video Terminales	No	-	-	No	-	
Observaciones: Ninguna						
ANTECEDENTES PERSONALES						
Generales		Oculares				
Hipertensión Arterial	No	Cirugía Ocular			No	
Diabetes	No	Queratocono			No	
Hipoglicemia	No	Glaucoma			No	
Toxoplasmosis	No	Catarata			No	
Cefalea	No	Retinopatía			No	
Trauma craneoencefálico	No	Desprendimiento de Retina			No	
Otros Antecedentes	No	Ambliopía			No	
Cuales: -		Estrabismo			No	
Problemas de Refracción: No	Cuales?: -		Tiempo Evolución (años): -		Corregido: Lentes de Contacto	
Frecuencia de Uso:	Tiempo Transcurrido desde el ultimo examen visual: 12		Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula:			
SIGNOS Y SINTOMAS						
Ardor Ocular	No	Cansancio Ocular		No	Cefalea	No
Disminución agudeza visual lejana	No	Disminución agudeza visual próxima		No	Dolor Ocular	No
Fotofobia	No	Irritación ocular		No	Lagrimo	No
Miodesopsias	No	Prurito Ocular		No	Salto de Renglones	No
Secreciones	No	Visión doble		No		
Observaciones: Ninguna						
EVALUACIÓN						
A. Agudeza Visual				B. Lensometría		
	Sin Corrección		Con Corrección		Sin Corrección	Con Corrección
	Visión Lejana	Visión Proxima	Visión Lejana	Visión Proxima		
Ojo Derecho	20/20	0.50M	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	20/20	0.50M	-	-	-	-

C. Examen Externo					D. Estado Motor				
Pingüecula	No				Cover Test Visión Lejada:	ORTHOFORIA			
Resequedad Ocular	No				Cover Test Visión Próxima:	EXOFORIA			
Inyección Conjuntival	No				Punto Próximo de Convergencia:	12			
Hiperemia Conjuntival	No				Retinoscopia Ojo Derecho:	N			
Ptois Palpebral	No				Retinoscopia Ojo Izquierdo:	N			
Pterigio	No					Ojo Derecho	Ojo Izquierdo		
Secreción Ocular	No				Estereopsis	Normal	Normal		
Edemea Palpebral	No				Visión Cromatica	Normal	Normal		
Blefaritis	No				Campo Visual	Normal	Normal		
					Oftalmoscopia	Normal	Normal		
E. Subjetivo									
	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza V.	DP	DNP	ALT F	ALT V	Prisma
Ojo Derecho	N	-	-	20/20	-	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	N	-	-	20/20	-	-	-	-	-
Adición de Lente	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIAGNOSTICO									
Diagnostico					Interpretación				
Emetropia			Ambos Ojos		No requiere Corrección				Ambos Ojos
Descripción Diagnostico					Origen		Tipo		
EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION					Comun		Impresión Diagnostica		
RECOMENDACIONES									
Control Optometria en 1 año									
OBSERVACIONES									
Ninguna									




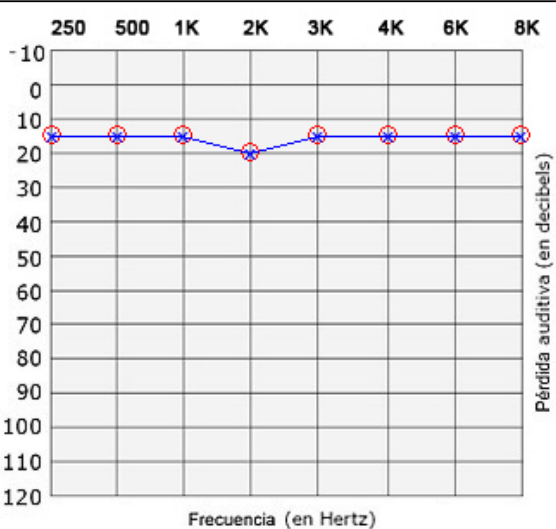
Oscar Forero Gomez
Optometrista P.U.S.M.
T.N. 79167563
Caj. 0411

Atendido por: FORERO GOMEZ OSCAR
Reg.: 0411CTNPO

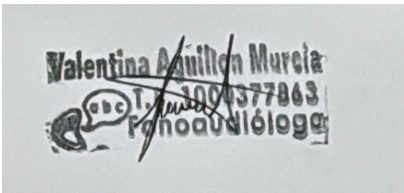


Paciente: PACHECO APONTE FERNANDO
Identificación: 1121842607

AUDIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE				FOTO																																																																																																																																	
Nombre: PACHECO APONTE FERNANDO				Identificación: 1121842607																																																																																																																																	
Género: MASCULINO		RH: O-	Fecha de Nacimiento: 17 de Julio de 1988		Edad: 37																																																																																																																																
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		INGRESO		Orden: 44953	Fecha: 2025-08-01																																																																																																																																
EPS: NUEVA EPS		ARL: SIN AFILIACIÓN		AFP: SIN AFILIACIÓN																																																																																																																																	
EMPRESA																																																																																																																																					
NIT: 01		Razon social: PARTICULARES		Actividad Economica: -																																																																																																																																	
ENTIDAD EN MISION																																																																																																																																					
NIT: 01		Razon social: PARTICULARES		Actividad Economica: -																																																																																																																																	
ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES																																																																																																																																					
Otitis		No	Trauma		No																																																																																																																																
Cirugía		No	Ing. Ototóxicos		No																																																																																																																																
Hipocusua Subjetiva		No	Acúfenos		No																																																																																																																																
Otro		No																																																																																																																																			
ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO																																																																																																																																					
Tejo		No	Moto		No																																																																																																																																
Discoteca		No	Servicio militar		No																																																																																																																																
Poligono		No	Dispositivos de audio		No																																																																																																																																
Otro		No																																																																																																																																			
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA																																																																																																																																					
Descanso Auditivo (horas): 12		Realizo Re-Test: No		Uso Cabina Sonoamortiguada: Si																																																																																																																																	
EVALUACIÓN																																																																																																																																					
<p>Audiograma</p>  <p>Pérdida auditiva (en decibelis)</p> <p>Frecuencia (en Hertz)</p>				<p>Convenciones</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3"></th> <th colspan="2">Oído Derecho</th> <th colspan="2">Oído Izquierdo</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Color Rojo</th> <th colspan="2">Color Azul</th> </tr> <tr> <th>Sin E</th> <th>Con E</th> <th>Sin E</th> <th>Con E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conducción Aérea</td> <td>O</td> <td>N/A</td> <td>X</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Conducción Ósea</td> <td><</td> <td>N/A</td> <td>></td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Inaudible</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Sin E: Sin Enmascaramiento; Con E: Con Enmascaramiento</p> <p>Otoscopia</p> <p>Oído Derecho: NORMAL</p> <p>Oído Izquierdo: NORMAL</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">CUAT</th> <th colspan="4">No</th> <th colspan="4">CUAP</th> <th colspan="4">No</th> </tr> <tr> <th>Frecuencia en Hz</th> <th>250</th> <th>500</th> <th>1K</th> <th>2K</th> <th>3K</th> <th>4K</th> <th>6K</th> <th>8K</th> <th>250</th> <th>500</th> <th>1K</th> <th>2K</th> <th>3K</th> <th>4K</th> <th>6K</th> <th>8K</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oído Derecho Via Aérea</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Oído Izquierdo Via Aérea</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Oído Derecho Via Ósea</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Oído Izquierdo Via Ósea</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>					Oído Derecho		Oído Izquierdo		Color Rojo		Color Azul		Sin E	Con E	Sin E	Con E	Conducción Aérea	O	N/A	X	N/A	Conducción Ósea	<	N/A	>	N/A	Inaudible					CUAT	No				CUAP				No				Frecuencia en Hz	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K	Oído Derecho Via Aérea	15	15	15	20	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	Oído Izquierdo Via Aérea	15	15	15	20	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	Oído Derecho Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Oído Izquierdo Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Oído Derecho		Oído Izquierdo																																																																																																																																		
	Color Rojo		Color Azul																																																																																																																																		
	Sin E	Con E	Sin E	Con E																																																																																																																																	
Conducción Aérea	O	N/A	X	N/A																																																																																																																																	
Conducción Ósea	<	N/A	>	N/A																																																																																																																																	
Inaudible																																																																																																																																					
CUAT	No				CUAP				No																																																																																																																												
	Frecuencia en Hz	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K																																																																																																																				
Oído Derecho Via Aérea	15	15	15	20	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15																																																																																																																					
Oído Izquierdo Via Aérea	15	15	15	20	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15																																																																																																																					
Oído Derecho Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																																																																																					
Oído Izquierdo Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																																																																																					
DIAGNOSTICO																																																																																																																																					
Diagnostico				Severidad - CAOHC																																																																																																																																	
Audición Normal		Bilateral		Normal (0 - 25db)			Bilateral																																																																																																																														
Descripción Diagnostico				Origen		Tipo																																																																																																																															

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	Comun	Impresión Diagnostica
RECOMENDACIONES		
Control Auditivo en 1 año	Reposo auditivo extralaboral	
Uso de Protección Auditiva	Control de exposición a ruido en la fuente	
OBSERVACIONES		
PTA DENTRO DE LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL		
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA DENTRO DE PARAMETROS NORMAL BILATERAL		
USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO LABORAL A MÀS DE 85dB		
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL		
CONTROL ANUAL		



Atendido por: AGUILLON MURCIA VALENTINA
Reg.: R.S 9387 DE 2024

Paciente: PACHECO APONTE FERNANDO
Identificación: 1121842607



El líder del subprograma de medicina preventiva y del trabajo del SENA regional Meta certifica que el(la) contratista identificado(a) con CC. 1121842607, cuenta con los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, conforme a lo dispuesto en la circular 3-2026-000011 de la entidad para la vigencia 2026.

Dr. Fernando Mancera Garcia
Médico Esp. Salud Ocupacional
R.M. 368171 Lic. 0592 SSM

FERNANDO IVAN MANCERA GARCIA
Medico Ocupacional – Contratista
SENA Regional Meta



CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) FERNANDO PACHECO APONTE identificado con CC 1121842607 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 03/04/2024
IPS Cotizante: SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC SAS-VILLAVICENCIO-PGP
Categoría: A
Estado: ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
DIANA MAILYN PEREZ LEGUIZAMON	CC 1121827238	SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC SAS-VILLAVICENCIO-PGP	2° COTIZANTE	03/04/2024	ACTIVO
SAMUEL EZRA PACHECO PEREZ	TI 1122535284	SUBSIDIADO-E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	BENEFICIARIO	03/04/2024	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en QUIEN , a los 13 días del mes de marzo del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FERNANDO PACHECO APONTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.842.607**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Marzo del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

FERNANDO PACHECO APONTE identificado con CC. 1121642607 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/27	Fecha inicio contrato	2026/02/25
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/26
Riesgo	2	Código actividad económica	2015001 - Explotacion mixta (agrícola y pecuaria), incluye la explotación mixta de cultivos y animales sin especialización en ninguna
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/26	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26022026N1121642607A11140657**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

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

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS