SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**08935-838872**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	93.356.717	**Tipo de cuenta:**	CORRIENTE
Correo electrónico:	kenaytwo@gmail.com	**Número de Cuenta:**	43311186660
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 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:	8976975/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**29626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.897.500
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:		**$ 4.737.497,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.160.003

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4643913948**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 928.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas

Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos

Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación

Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo

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

JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO
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,

Firmado digitalmente por SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
Fecha: 2026.03.20 10:24:55 -05'00'

SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93356717
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		JUAN CARLOS BERGANO TRIVINO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MAZ J CASA 17 BRISAS DE	TELÉFONO:	2685449
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4643913948**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996090724

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 321.500
SUBTOTAL:			1	**$ 321.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 251.200
SUBTOTAL:			1	**$ 251.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 10.600
SUBTOTAL:			1	**$ 10.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 580.500**
VALOR MORA:	**$ 2.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 583.300**

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogota, 14 de marzo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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

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

TI	1104936021	ALEJANDRA BERGAÑO TORRES	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

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

Cordialmente,



JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO
C.C. 93356717

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

NUIP 1104945365

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42048751

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 2 B

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERGAÑO * * * * * *	TORRES * * * * * * *

Nombre(s)

ALEJANDRA * * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 15	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * *	* 51771593-2 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES GONZALEZ DIANA MARCELA * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 28,552,763 * DE IBAGUE * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificacion (Clase y numero)	Nacionalidad
CC 93,356,717 * DE IBAGUE * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
CC 93,356,717 * DE IBAGUE * * * *	*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
* * * * * DE * * * * * * *	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
* * * * * DE * * * * * * *	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes JUL Día 23	JAIME BARRIOS MEJIA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUE


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.104.945.365
BERGAÑO TORRES
APELLIDOS
ALEJANDRA
NOMBRES
alejandra bergaño Torres
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
15-JUL-2009
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-JUL-2027
O+
F
G S RH
SEXO
FECHA DE VENCIMIENTO
09-NOV-2017 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
P-2900100-00988529-F-1104945365-20180323
0060296123A 2
6374698473

SOMOS
MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL S.A.S

SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL
NIT: 901 184 145-7
Dir: Calle 39B # 4B-76 B/. Macarena Parte Alta
Cel: 315 623 04 10
Correo: somosmedicinaocupacional@gmail.com
www.somosmedicinaocupacionalylaboral.com
Ibagué, Tolima



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.201

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	01 MES	2026 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS	MASCULINO	61 AÑOS 7 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	933567717 (Número)

Cargo

INSTRUCTOR

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

GLICEMIA	✓	VISIOMETRIA	✓
VALORACIÓN PSICOLOGICA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : OPTOMETRIA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE OSTEOMUSCULAR : NO CASO	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR A QUIEN SE LE REALIZÓ EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, EN EL CUAL NO SE IDENTIFICARON PATOLOGÍAS NI SECUELAS QUE PUEDAN CONSTITUIR UN RIESGO PARA DESEMPEÑAR LA LABOR. PUEDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU OFICIO, SIEMPRE QUE MANTENGA LAS ADECUADAS MEDIDAS DE SEGURIDAD. SE CLASIFICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR COMO NO CASO, DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN DISPONIBLE Y EL EXAMEN EFECTUADO. SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL TRABAJO, EVITAR REFLEJOS MOLESTOS MIRANDO A OTRO PUNTO CADA 20 MINUTOS Y CERRANDO LOS OJOS DURANTE UN MINUTO CADA 3 HORAS, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y HACER USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE LENTES DE CERCA

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico				Aspirante o Trabajador
Firma:			**Firma:**	
Nombre:	CC: 14137211 - DANIEL ALEXANDER GARCIA		**Nombre:**	BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS
R. M.:	652 **L.S.O.:** 2837 - 09/10/2017	**Código de Seguridad** G359M1S22201	**CC:**	933567717

SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL S.A.S

SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL
NIT: 901 184 145-7
Dir: Calle 39B # 4B-76 B/. Macarena Parte Alta
Cel: 315 623 04 10
Correo: somosmedicinaocupacional@gmail.com
www.somosmedicinaocupacionalylaboral.com
Ibagué, Tolima



EXAMEN DE VISIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 8,151

Fecha: 10/01/2026 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 933567717 **Nombre:** BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS **Edad:** 61 AÑOS
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULAR
Eps: SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 20 DIAS
Lugar del Último Examen: PARTICULAR **Motivo Consulta:** INGRESO LABORAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	CERCA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	PRESBITA
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	2	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	2	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20	2	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

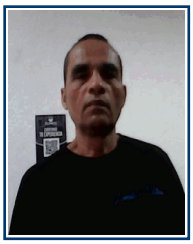
Firma:
Nombre: CC: 52429209 - SANDRA LILIANA PEREZ
R. M.: 8882 **L.S.O.:** N/A

PACIENTE

Firma:
Nombre: BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS
CC: 933567717

SOMOS
MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL S.A.S

SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL
NIT: **901 184 145-7**
Dir: **Calle 39B # 4B-76 B/. Macarena Parte Alta**
Cel: **315 623 04 10**
Correo: **somosmedicinaocupacional@gmail.com**
www.somosmedicinaocupacionalylaboral.com
Ibagué, Tolima



PSICOLOGÍA

DATOS PERSONALES

N° Atención: 24,35

Ciudad: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **Fecha Atención:**
CC: 933567717 **Nombres y Apellidos:** BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS **Fecha de Nacimiento:** **Edad:** 61 AÑOS 7 MESI
Genero: MASCULINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** MZ J CASA 17 BRISAS BA **Teléfono:** 310339499 **Celular:** 3103394990
Entidad: PARTICULAR **Ocupación:** INSTRUCTOR **Acudiente:** NO TIENE
Teléfono del Acudiente: NO TIENE **Parentesco:** NO TIENE

DATOS DE LA CONSULTA

Motivo de la Consulta	Enfermedad Actual (Historico)
VERIFICACIÓN DE APTITUD PARA DESEMPEÑAR LA LABOR DE INSTRUCTOR	CONSUME MEDICAMENTOS: NO ESTA EN ALGUN TRATAMIENTO MEDICO: NO COMO ES SU CICLO DE SUEÑO: 8 HORAS FUMA: NO CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS: NO HA CONSUMIDO SPA: NO

DESARROLLO DESCRIPTIVO DE LA SESIÓN

HA SENTIDO EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA DEPRESION Y/O ANSIEDAD: NO

COMO ENFRENTA EL TRABAJO BAJO PRESIÓN: CON NORMALIDAD, YA UNO SE ACOSTUMBRA, CUANDO ERA JOVEN ERA MAS ESTRESANTE AHORA YA NO TANTO

DESCRIBE SU TEMPERAMENTO: SOY CALMADO Y ANALIZO LA SITUACION ANTES DE DAR ALGUN TIPO DE RESPUESTA Y SIGO EL REGALMENTE EN EL TEMA LABORAL

DESCRIBA SU PERSONALIDAD: SOY PENSANTE, ME GUSTA ANALIZAR LAS SITUACIONES, CALMADO, COLABORADOR

QUE EXPERIENCIA TIENE EN EL CARGO: 19 AÑOS

HA SENTIDO CANSANCIO EMOCIONAL O DESMOTIVACIÓN EN LOS ÚLTIMOS MESES: NO

CÓMO PERCIBE SU CARGA LABORAL ACTUALMENTE: NORMAL, NO ES ALTA

QUÉ SITUACIONES DEL TRABAJO LE GENERAN MAYOR ESTRÉS: DE PRONTO EL CIERRE DE ALGUN TRIMESTRE NO POR TIEMPO SINO POR LOS COMPAÑEROS CUANDO UNO ES LIDER DE GRUPO Y TOCA RESPONDER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO	RELACIÓN
0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

PROCEDIMIENTO A SEGUIR / PRÓXIMOS CONVOCADOS

DESCRIPCIÓN DE LA FAMILIA

CON QUIEN VIVE: CON MI ESPOSA Y MIS 3 HIJAS
COMO ES LA RELACIÓN CON SU FAMILIA: BUENA
COMO SOLUCIONAN LOS INCONVENIENTES QUE SE PRESENTAN: DIALOGANDO PRIMERO CON MI ESPOSA Y LUEGO LE PREGUNTAMOS A NUESTRAS HIJAS PARA SOLUCIONAR LOS INCONVENIENTES

10 de Enero del 2026 10:00am - MARIA ROMERO:

EL PACIENTE REFLEJA CIERTO GRADO DE ESTABILIDAD A NIVEL INTELECTUAL, EMOCIONAL Y CONDUCTUAL EN SU SER Y HACER. MANIFIESTA DISPOSICIÓN AL TRABAJO.
A PARTIR DE LO ANTERIOR, NO PRESENTA COMPORTAMIENTOS DESADAPTATIVOS Y SU DESARROLLO LABORAL SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES.
CON BASE A ELLO, EL PERFIL DEL CANDIDATO ES FAVORABLE PARA DESEMPEÑAR LA LABOR DE INSTRUCTOR

MÉDICO

Firma:



Nombre: CC: 1110600309 - MARIA JOSE ROMERO

R. M.: 289519

Código de Seguridad

Y359E39K935

PACIENTE

Firma:



Nombre: BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS

CC: 933567717

LABORATORIO Diagnosticar
SALUD, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y OCUPACIONAL

Claudia Patricia Mesa Mejia
NIT. 65749723-9
Calle 44 bis # 2-33 piedrapintadabaja Ibague Tolima
Cel. 310 207 9111 - Tel. 2788233
E-mail. laboratorioclinicodiagnosticar@hotmail.com
diagnosticar.com.co

Código de Seguridad
C1267I32O12890

DATOS PERSONALES 9 **Laboratorio N°: 128.909**

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** sábado, 10 de enero de 2026 10:25:17 a.m.

Nombres y Apellidos: BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS **CC:** 93356717 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 06/06/1964 **Edad:** 61 AÑOS 7 MESES 4 DÍAS **Entidad:** SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL SAS

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

EXAMÉN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA	Revision y validacion
GLICEMIA PRE	61	60-110mg/dl	RESULTADO VALIDADO BAJO CONTROLES DE CALIDAD AUTORIZADO POR: BACTERIÓLOGA CLAUDIA PATRICIA MESA MEJÍA RP: 10038

Claudia Claudia Patricia Mesa Mesa Mejia
NIT: 65749723
Bacteriólogo(a) RP: 10038