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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**16820-451577**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDWIN OVIDIO DIAZ MORA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.020.731.188	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	notengo@sena.edu.gov	**Número de Cuenta:**	63453234837
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:	9088967/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**16726**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL CTCM EN ÁREAS ASOCIADAS A CONSTRUCCIÓN, INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES, MADERA, GESTIÓN Y TECNOLOGÍAS DIGITALES

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026 Al 30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 28.424.982
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 37.742.059
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 23.687.485

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	**$ 3.140.497**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**71500545**
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		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$27.583.640	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.170.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	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

Planeacion y diseño de sesiones de clase

Ejecusion de sesiones de clase en formación titulada

Planeación y diseño de clases en formación complementaria

Ejecución de sesiones de clase de formación complementaria

Asistencia y participación en reuniones y comités.

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



EDWIN OVIDIO DIAZ MORA
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,



PEDRO HERNANDO ANTOLINEZ GOYENECHE
INSTRUCTOR G08

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

IRMA VICTORIA DEL PILAR HOYOS RODRIGUEZ

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/04/26 17:29:50 USUARIO: SIC - C.C. 1020731188

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020731188	EDWIN OVIDIO DIAZ MORA	Carrera 125 # 73-27	4753713	edwino.diazm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71500545	30/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,900,000	$625.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	237.500	0		0		0	0	0	0	237.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	304.000	0	0	0	0	0	0		304.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	46.300				46.300	0	0	46.300			463	46.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	38.000	0	0	38.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	237.500	237.500
Pensión	1	304.000	304.000
Riesgos Laborales	1	46.300	46.300
CCF	1	38.000	38.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	625.800	625.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020731188	EDWIN OVIDIO DIAZ MORA	Carrera 125 # 73-27	4753713	edwino.diazm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71500545	30/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,900,000	$625.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1020731188	DIAZ MORA EDWIN OVIDIO	59	0			N																	230301	1.900.000	30	304.000	0	0	0	0	EPS017	1.900.000	30	237.500	14-23	1.900.000	30	3	46.300	CCF24	1.900.000	30	38.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDWIN OVIDIO DIAZ MORA identificado(a) con CC 1020731188 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**08/03/2019**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 17 días del mes febrero del 2026 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

EDWIN OVIDIO DIAZ MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.020.731.188**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Febrero 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:

EDWIN OVIDIO DIAZ MORA identificado con CC. 1020731188 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	2026/02/08	**Fecha inicio contrato**	2026/02/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1854201 - EDUCACION TECNOLOGICA, INCLUYE LA FORMACION QUE CAPACITA EN CONOCIMIENTOS TECNOLOGICOS Y
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 18 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: **CC18022026E1020731188D9735386.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14711604213

(415)7707212489984(8020) 000001471160421 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 0 7 3 1 1 8 8	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 0 7 3 1 1 8 8	2 0 0 6 0 3 3 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
DIAZ	MORA	EDWIN	OVIDIO

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: CR 125 73 27

42. Correo electrónico: edwino.diazm@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 5 0 7 0 0 7 8 0 4	

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 4 0 1 2 0							

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 61. Fecha 2026 - 01 - 05 / 09 : 20: 22

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 DIAZ MORA EDWIN OVIDIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN OVIDIO DIAZ MORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1020731188 el día 17/02/2026 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

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN OVIDIO DIAZ MORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1020731188 realizó el día 16/02/2026 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 EDWIN OVIDIO DIAZ MORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1020731188 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 -

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.790.902				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	19/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.020.731.188	**EDAD**	37	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIAZ MORA EDWIN OVIDIO				
TIPO DE CARGO	OTRO	**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Apto sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO REQUIERAN O IMPLIQUEN DISCRIMINACIÓN ESPECIFICA DE COLORES.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO POST JORNADA LABORAL

Autorización de datos personales

Yo, DIAZ MORA EDWIN OVIDIO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.020.731.188, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

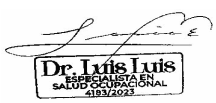
Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firmo:



CC. 1.020.731.188

Profesional



DR. LUIS ENRIQUE LUIS HERNÁNDEZ LSST: 4183 DEL 14/06/2023

MEDILABORAL

Reporte de laboratorio

NO. LABORATORIO: 1.790.902

CIUDAD: BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S

FECHA: 19 de febrero de 2025

NO. DOCUMENTO: CC. 1020731188 **GENERO:** M **EDAD:** 37

NOMBRES Y APELLIDOS: DIAZ MORA EDWIN OVIDIO

ANÁLISIS	RESULTADO	REFERENCIA
	BIOQUIMICA	
GLICEMIA PRE	72 MG/DL	70-110 MG/DL



GREYS P. MERCHAN CASTELLANOS BACTERIÓLOGA

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES DIAZ MORA EDWIN OVIDIO
FECHA 19/02/2025

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.1020731188 **FEC. NACIMIENTO:** 27/12/1987 **EDAD:** 37 **SEXO:** M **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: SOLTERO **ESCOLARIDAD:** TECNÓLOGO **ESTRATO:** 2 **TELEFONO:** 3507007804
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** KRA 125 # 73 27, ENGATIVA
CORREO: EDWINO.DIAZM@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: FAMISANAR **ARL:** POSITIVA **PENSIONES:** PORVENIR

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OTRO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: CONTRATISTA
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: CONTRATISTA COMO INSTRUCTOR DOCENTE

AUDIOMETRIA

FECHA ÚLTIMO EXAMEN: 19/04/2021 **ANTIGUEDAD EN EL OFICIO:** Años: 5 - Meses: 0
¿EXPOSICIÓN RUIDO LABORAL?: NO
¿USO DE EPA?: NO
¿CALL CENTER?: SI **TIEMPO:** Años: 3 - Meses: 0

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

Evento	¿Oido D?	¿Oido I?	Observaciones
Otros	SI	SI	NO REFIERE NINGUNO
Oye en conversación co	SI	SI	
Tiene reposo auditivo	SI	SI	12 HORAS

ANTECEDENTES EXTRALABORALES:

Hábitos	Observaciones
Audífonos	USO DEL TELÉFONO EN OÍDO DERECHO
Otros	GUITARRA 3 VECES POR SEMANA// DOCENTE ARTES MARCIALES 20 HORAS A LA SEMANA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Enfermedad	¿Personal	¿Familiar?	Detalle
H.T.A.	NO	SI	MADRE Y ABUELA MATERNA
Otros	SI	SI	NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES

OTROS ANTECEDENTES:
NO REFIERE

EXAMEN AUDIOMETRICO:

OBSERVACIONES OI: NORMAL	**OBSERVACIONES OD:** NORMAL

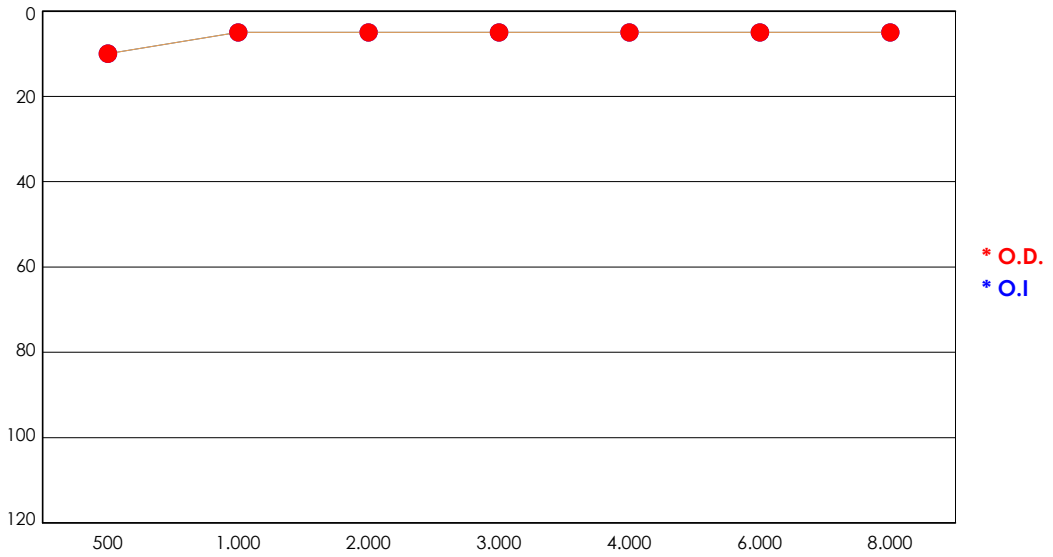
HZ	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PTA
OIDO DERECHO	10	5	5	5	5	5	5	6,25
OIDO IZQUIERDO	10	5	5	5	5	5	5	6,25

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES DIAZ MORA EDWIN OVIDIO
FECHA 19/02/2025



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Código	Descripción
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OBSERVACIONES AUDIOMETRIA:

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES BILATERAL

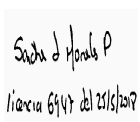
RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA:

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO POST JORNADA LABORAL

Consentimiento informado

Yo DIAZ MORA EDWIN OVIDIO identificado con CC.1020731188. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



DRA. SANDRA LILIANA MORALES PARRA

Aspirante o trabajador



CC.1020731188

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.564.727				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	26/06/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.020.731.188	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIAZ MORA EDWIN OVIDIO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	FORMADOR		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto con restricciones para el cargo **Vigencia de las restricciones:** 3 Meses	NA

RESTRICCIONES

PUEDE DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO REALIZANDO ACTIVIDAD LABORAL CON LUZ NATURAL EVITANDO LUZ ARTIFICIAL BLANCA Y PROCURANDO QUE HAYA ADECUADA ILUMINACIÓN NATURAL. SE RECOMIENDA EVITAR REALIZAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN VISIÓN DE DETALLES Y PRECISIÓN. MANTENER CORRECIÓN OPTICA DE MANDERA PERMANENTE.

OBSERVACIONES

DEBE CONTINUAR CONTROLES POR OFTALMOLOGÍA EN EPS.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.564.727				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	26/06/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.020.731.188	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIAZ MORA EDWIN OVIDIO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	FORMADOR		

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo DIAZ MORA EDWIN OVIDIO identificado con CC No. 1.020.731.188. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

RITA E. FLOREZ C.
Md. Esp. Salud Ocupacional
Universidad El Bosque
Lic. 4663 29 de Abril 2019
CC. 26257969

DRA. RITA ESTHER FLOREZ CASTILLO - LSO 4663 DEL 29/04/2019

Aspirante o trabajador

CC. 1.020.731.188

SEÑOR(A):
DIAZ MORA EDWIN OVIDIO
CC.: 1020731188

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 19 DE FEBRERO DE 2025 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

· CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO POST JORNADA LABORAL

· SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO REQUIERAN O IMPLIQUEN DISCRIMINACIÓN ESPECIFICA DE COLORES.

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

DIAZ MORA EDWIN OVIDIO
CC.: 1020731188

Certificado
Bancario

Jueves, 29 de enero de 2026

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EDWIN OVIDIO DIAZ MORA identificado(a) con CC 1020731188, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	63453234837	2016/01/07	ACTIVA

***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 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.

PEDRO HERNANDO ANTOLINEZ
C.C 80181900

EDWIN OVIDIO DIAZ MORA
C.C. 1020731188

Bancolombia

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