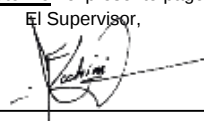


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	25
			Código Centro	951310
			Fecha Elaboración	Mayo de 2026
			Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	27504-183115
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: WILSON FLOREZ RUIZ		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 1.113.781.992		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: wflorez@sena.edu.co		Número de Cuenta: 33725268918		
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		SI
¿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: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 9094420/2026		Nº Compromiso SIIF 22126		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA,		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/05/2026 Al 31/05/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 35.057.478
Número de pago 4		Valor Total del Contrato:		\$ 48.796.219
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 30.319.981
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				
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.140.497,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	80866679	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.197.397,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 303.200	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		\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8299 - CHIA 33.579,00 0,800%
		\$		- 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% \$37.927.505		\$ 1.047.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 3.033.000				
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.703.918,00
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Obli.1)Se impartió formación profesional integral aplicando estrategias enseñanza - aprendizaje de acuerdo con el diseño curricular, el proyecto de formación correspondiente a las Ficha 3235291 Formación Tecnóloga (ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE) Ficha 3235287 Formación Tecnóloga (ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE) Ficha 3064486-A y 3064486-B Formación Tecnólogo (ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE) Ficha 3175687 asignadas por la Coordinación Académica, cumpliendo con la programación asignada y no generando cambios del Coordinador Académico.				
Obli.7)Se genera la novedad de aplazamiento del aprendiz BLANCA NUBIA BALLEEN del programa de ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE de la Jornada Noche Ficha 3064486-B				
Obli.8)Se cuenta con la certificación de la norma ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TÉCNICOS Y NORMATIVA,				
Obli.10)Se asiste a la reunión la cual es convocada por Mónica Hernández, para estipular y seguir los lineamientos para la revisión				
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		 WILSON FLOREZ RUIZ EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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;		LEONARDO LUCHINI MORERA		
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.		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 GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001																			
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141137849291																			
(415)7707212489984(8020) 000014113784929 1																							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico																		
1 1 1 3 7 8 1 9 9 2		2	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		1 1 1 3 7 8 1 9 9 2																			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento																			
COLOMBIA		1 6 9		Valle del Cauca 7 6																			
30. Ciudad/Municipio		31. Primer apellido		32. Segundo apellido																			
Roldanillo 6 2 2		FLOREZ		RUIZ																			
33. Primer nombre		34. Otros nombres																					
WILSON																							
35. Razón social																							
36. Nombre comercial																							
37. Sigla																							
UBICACIÓN																							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio																			
COLOMBIA 1 6 9		Cundinamarca 2 5		Chía 1 7 5																			
41. Dirección principal																							
CL 7 4 ESTE 61 IN 2																							
42. Correo electrónico asmmipc@gmail.com																							
43. Código postal		44. Teléfono 1		45. Teléfono 2																			
		6 0 1 8 6 1 8 7 8 1		3 2 1 4 7 4 1 1 5 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																			
8 5 4 2 2 0 1 0 0 1 0 4		8 5 4 1 2 0 1 0 0 1 0 4		9 5 1 2																			
51. Código																							
52. Número establecimientos																							
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 5 4 9																							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario																							
49 - No responsable de IVA																							
Usuarios aduaneros										Exportadores													
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3													
54. Código 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20										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 2024-10-17 / 04:38:01PM					
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.												Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.											
Firma del solicitante:												Firma autorizada:											
												984. Nombre FLOREZ RUIZ WILSON											
												985. Cargo CONTRIBUYENTE											

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 Wilson Florez Ruiz, identificado(a) con CC número 1113781992, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1113781992
NOMBRES Y APELLIDOS	Wilson Florez Ruiz
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	13/08/1988
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/11/2021
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1113781992 WILSON FLOREZ RUIZ
Desde 01/07/2023 - Vigente

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1113781992	WILSON FLOREZ RUIZ		Calle 7 # 4 Este 61 Interior 2	6018618781	asmmpc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80866679	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$550.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 1113781992	FLOREZ RUIZ WILSON			59	0			N																25-14	1.894.998	30	303.200	0	0	0	0	EPS005	1.894.998	30	236.900	14-23	1.894.998	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S.
NIT: 901214786-8



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Tipo de Examen: INGRESO

Certificado de aptitud: 1113781992-18949

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULAR
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: PARTICULAR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar: 15 nov. 2025 - CHIA - CUNDINAMARCA
Paciente: WILSON FLOREZ RUIZ
Género: MASCULINO **Edad:** 37
Fecha Nacimiento: 13/08/1988
Estado Civil: SOLTERO(A)
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Área: No Reporta
Correo Electrónico: asmmipc@gmail.com

Identificación: 1113781992
Teléfono: 00000 **Móvil:** 3214741154
EPS: SANITAS S.A.
ARL: POSITIVA
AFP: COLPENSIONES
Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

TEST DE WARTEGG	SE PERCIBE ORIENTACIÓN, DINAMISMO EN VARIOS ASPECTOS DE LA VIDA. MUESTRA ENTUSIASMO POR ACOPLARSE A GRUPOS DE TRABAJO Y MOSTRAR CONOCIMIENTOS DE APOYO DENTRO DEL MISMO. SE SIENTE CONFIADO EN SUS CONOCIMIENTOS Y PROYECCIÓN AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS. GUSTA INVOLUCRARSE EN SUS RESPONSABILIDADES Y ANALIZARLAS. CREATIVIDAD MUY BUENA. GUSTA CUMPLIR LAS NORMAS, SIN EMBARGO SE PERCIBE QUE DEBEN SER TOMADAS DESDE OTRO PUNTO DE VISTA, CONSULTA CUANDO ESTAS NO SON CLARAS.
AUDIOMETRIA	AUDICION BILATERAL FUNCIONAL EN ÁREA CONVERSACIONAL, DESCENSO BILATERAL LEVE-MODERADO EN FREQ. AGUDAS 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO,
ESPIROMETRIA	ESPIROMETRIA NORMAL, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	SEGUIR USANDO CORRECCION OPTICA ACTUAL. VISION CORREGIDA APTA PARA LABORAR
GLICEMIA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD.
PERFIL LIPIDICO	COLESTEROL TOTAL. LDL; ELEVADOS. SIN REPERCUSION PARA EL CARGO. EVALUACION Y SEGUIMIENTO POR EPS. TRIGLICERIDOS ; DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	EVALUACION OSTEOMUSCULAR: ADECUADA MOVILIDAD ARTICULAR. NO LESIONES OSTEOMUSCULARES; FUERZA CONSERVADA. HALLAZGOS CLINICOS DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD.
ANEXO CARDIOVASCULAR	TEST DE FRAMINGHAM. RIESGO DE EVENTO CORONARIO A 10 AÑOS : BAJO. EXAMEN CLINICO DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD. ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR. CIFRAS TENSIONALES CONTROLADAS.
ANEXO RESPIRATORIO	ADECUADA VENTILACION PULMONAR. NO AGREGADOS PULMONARES. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. MECANICA RESPIRATORIA: DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD.
ANEXO VESTIBULAR	EXAMEN VESTIBULAR: EQUILIBRIO, MARCHA, PRUEBAS DE COORDINACION MOTORA. PRUEBAS VERTIGINOSAS NEGATIVAS. EXAMEN DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD.
ANEXO DERMATOLOGICO (PIEL Y ANEXOS)	VALORACION DERMATOLOGICA; NO EVIDENCIA LESIONES EN PIEL. Y ANEXOS (CABELLO- UÑAS) VALORACION MEDICA SIN ALTERACION. EXAMEN CLINICO DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD.
ANEXO NEUROLOGICO	VALORACION NEUROLOGICA: PARES CRANEALES, FUERZA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD. COORDINACION MOTORA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA.
MEDICINA OCUPACIONAL	1. EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE COLESTEROL ELEVADO POR EPS CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. USO DE CORRECCION VISUAL 2. ESTILO DE VIDA SALUDABLE: REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA: (TIEMPO MÍNIMO A LA SEMANA 150 MINUTOS); CONTROL DE PESO, DIETA BAJA EN SODIO. 3. MEDIDAS PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS: LAVADO FRECUENTE DE MANOS, USO DE TAPABOCAS SI PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, 4. CONSULTA OPORTUNA A LOS SERVICIOS DE SALUD.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

BIOMECÁNICO - ERGONÓMICO	-	PPyP
VISUAL	-	SVE

NO

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.


Dr. PEDRO A. LEGUIZAMÓN
 Md. Cirujano
 R.M. 25821
 Exp. Salud Ocupacional
 y Riesgos Laborales







MEDICO ESPECIALISTA S.O.
 PEDRO ANDRES LEGUIZAMON QUIROGA
 CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1015416656
 RM. 25621-2014 - LICSST 1000/22

Firma y cédula del Paciente
 WILSON FLOREZ RUIZ
 1113781992

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	15/11/2025	CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO			
Paciente:	WILSON FLOREZ RUIZ		Identificación:	1113781992			
Género:	MASCULINO	Edad:	37	Teléfono:	00000	Móvil:	3214741154
Fecha Nacimiento:	13/08/1988		Cargo:	INSTRUCTOR (A) SENA			
Estado Civil:	SOLTERO(A)		EPS:	SANITAS S.A.			
Dirección:	CLL 7 # 4 ESTE - 61 IN 2		Escolaridad:	UNIVERSITARIO			
Empresa:	PARTICULAR						

CONCEPTO DE APTITUD

REUNE CONDICIONES PARA PERFIL DEL CARGO

DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

Se sugieren pausas activas cada dos horas acorde al SGSST que tenga instaurado la empresa con el fin de mantener su atención alerta y activa.

OBSERVACIONES

SE PERCIBE ORIENTACIÓN, DINAMISMO EN VARIOS ASPECTOS DE LA VIDA. MUESTRA ENTUSIASMO POR ACOPLARSE A GRUPOS DE TRABAJO Y MOSTRAR CONOCIMIENTOS DE APOYO DENTRO DEL MISMO. SE SIENTE CONFIADO EN SUS CONOCIMIENTOS Y PROYECCIÓN AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS. GUSTA INVOLUCRARSE EN SUS RESPONSABILIDADES Y ANALIZARLAS. CREATIVIDAD MUY BUENA. GUSTA CUMPLIR LAS NORMAS, SIN EMBARGO SE PERCIBE QUE DEBEN SER TOMADAS DESDE OTRO PUNTO DE VISTA, CONSULTA CUANDO ESTAS NO SON CLARAS.

Freddy M. Ramirez Bravo

Psicólogo

TP164118

FREDDY MILCIADES RAMIREZ BRAVO

TP164118

Profesional

WILSON FLOREZ RUIZ

Firma y cédula del Paciente



1113781992



INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S.
901214786-8

ANEXO CARDIOVASCULAR

Empresa PARTICULAR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	WILSON FLOREZ RUIZ	Sexo	MASCULINO	Identificación	1113781992	Edad	37
Estado Civil	SOLTERO(A)	Fecha y Lugar de Nacimiento	13/08/1988	Profesión		CHIA	
Dirección	CLL 7 # 4 ESTE - 61 IN 2	Teléfono	00000	Escolaridad	UNIVERSITARIO		
E.P.S.	SANITAS S.A.						

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Cargo	INSTRUCTOR (A) SENA	Fecha de Ingreso	15/11/2025	Antigüedad	0	Turno	DIURNO
--------------	---------------------	-------------------------	------------	-------------------	---	--------------	--------

Anamnesis

Nombre	Concepto	Notas
	No Refiere	

Antecedentes Patológicos (Familiars)

Nombre	Concepto	Notas
	No Refiere	

Antecedentes Patológicos (Personales)

Nombre	Concepto	Notas
	No Refiere	

Examen Físico - Revisión por Sistemas

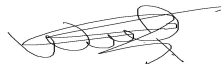
Revisión por Sistemas	Edema de miembros inferiores	Palpitaciones	Sincope	Disnea	Dolor precordial
-----------------------	------------------------------	---------------	---------	--------	------------------

¿Cuál?

Examen Físico	<u>Talla</u>	<u>Peso</u>	<u>Índice Abdominal</u>
	<u>Tensión</u>	<u>Frecuencia Cardíaca</u>	<u>Frecuencia Respiratoria</u>

Paraclínicos	<u>Glicemia en Ayunas</u>	<u>Colestero alta densidad</u>	<u>Colesterol muy baja densidad</u>
	<u>Colesterol Total</u>	<u>Colesterol baja densidad</u>	<u>Triglicéridos</u>


DR. PEDRO A. LEGUIZAMÓN
 M.D. Cirujano
 Exp. Salud Ocupacional
 y Riesgos Laborales



PEDRO ANDRES LEGUIZAMON QUIROGA

RM. 25621-2014

WILSON FLOREZ RUIZ

1113781992

Firma Profesional

Registro

Firma Empleado

Cedula



901214786-8

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 15/11/2025 CHIA - CUNDINAMARCA	Tipo de Examen: INGRESO
Paciente: WILSON FLOREZ RUIZ	Identificación: 1113781992
Género: MASCULINO Edad: 37	Teléfono: 00000 Móvil: 3214741154
Estado Civil: SOLTERO(A)	Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA
Dirección: CLL 7 # 4 ESTE - 61 IN 2	EPS: SANITAS S.A.
Empresa: PARTICULAR	Escolaridad: UNIVERSITARIO
	Atención: 18949

EVALUACIÓN

Evaluación Cervicobranquial:

Curvatura Cervical: Normal**Asimetría de los Miembros Superiores:** Normal**Puntos Dolorosos:****Cuello:***Flexión:* Normal -*Inclinación Izquierda:* Normal -*Rotación Izquierda:* Normal -**Hombro:***Flexión:* Normal -*Elevación:* Normal -*Abducción:* Normal -**Codo:***Flexión:* Normal -*Pronación:* Normal -**Muñeca:***Palmiflexión:* Normal -*Desviación Cubital:* Normal -*Rotación Interna:* Normal -**Dedos:***Flexión:* Normal -*Aducción:* Normal -*Pinza:* Normal -*Aarre Circular:* Normal -**Trofismo de las extremidades Superiores:** Normal**Sensibilidad Miembros Superiores:** Normal*Extensión:* Normal -*Inclinación Derecha:* Normal -*Rotación Derecha:* Normal -*Extensión:* Normal -*Aducción:* Normal -*Extensión:* Normal -*Supinación:* Normal -*Dorsiflexión:* Normal -*Desviación Radial:* Normal -*Rotación Externa:* Normal -*Extensión:* Normal -*Abducción:* Normal -*Oposición del Pulgar:* Normal -

Evaluación Dorsolumbar y Miembros Inferiores:

Curvaturas: NO*Escoliosis:* NO*Trofismo de las Extremidades:* Normal*Sensibilidad de Miembros Inferiores:**Rotación:* Normal*Fuerza Muscular:* 5/5*Alteraciones de la Marcha:* NO*Asimetría de los Miembros Inferiores:* SI*Espasmos Musculares Paravertebrales:* N/A**Diagnóstico:****Recomendaciones:**

EVALUACION OSTEOMUSCULAR: ADECUADA MOVILIDAD ARTICULAR. NO LESIONES OSTEOMUSCULARES; FUERZA CONSERVADA. HALLAZGOS CLINICOS DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ARTESANIA	N
CARPINTERIA	N
CONSTRUCCION	N
COSTURA	N
DIGITACIÓN	N
EMPAQUES	N
ENSAMBLES	N

ANTECEDENTES PERSONALES

1. ENFERMEDADES ARTRÍTICAS	N
2. BURSITIS	N
3. LUMBALGIA	N
4. ENFERMEDAD MUSCULAR	N
5. LUXACIONES	N
6. ARTROSIS RODILLA	N
7. ARTROSIS MANOS	N
8. OSTEOPOROSIS	N
9. LUPUS E.SISTÉMICO	N
10. OSTEONECROSIS	N
11. OSTECONDRITIS	N
12. OSTECONDROSIS	N
13. OSTEOMELITIS	N
14. TRANSTORNOS DEL ALINEAMIENTO Y DE LA ESTÁTICA	N
15. MANIFESTACIONES ARTICULARES EN LAS ENFERMEDADES DE OTROS ÓRGANOS Y SISTEMAS	N
16. QUEMADURAS	N
17. FRACTURAS	N
18. TENDINITIS	N
19. OSTEOARTRITIS	N
20. ESGUINCES	N
21. FIBROMIALGIA	N
22. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL TEJIDO CONECTIVO	N
23. ESPONDILOARTROPATIAS INFLAMATORIAS	N
24. ARTRITIS RELACIONADAS CON INFECCIÓN	N
25. TUMORES Y PROCESOS AFINES	N
26. ANOMALÍAS BIOQUÍMICAS	N
27. REUMATISMOS PSICÓGENOS	N
28. ARTROPATÍAS MICROCRISTALINAS	N
29. REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS Y SÍNDROMES COMPARTIMENTALES	N
30. OTRAS ENFERMEDADES ARTICULARES	N


Dr. PEDRO A. LEGUIZAMÓN
 Md. Cirujano
 R.M. 25621
 Exp. Salud Ocupacional
 y Riesgos Laborales

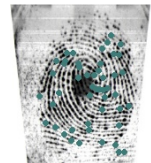
PEDRO ANDRES LEGUIZAMON QUIROGA

RM. 25621-2014



WILSON FLOREZ RUIZ

Firma y cédula del Paciente



1113781992

EXAMEN AUDIOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 15/11/2025 CHIA - CUNDINAMARCA
Paciente: WILSON FLOREZ RUIZ
Género: MASCULINO **Edad:** 37
Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1113781992
Teléfono: 00000 **Móvil:** 3214741154
Fecha Nacimiento: 13/08/1988
Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA
Estado Civil: SOLTERO(A)
EPS: SANITAS S.A.
Dirección: CLL 7 # 4 ESTE - 61 IN 2
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Empresa: PARTICULAR

ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	EXPOSICION A RUIDO	PROTECCION AUDITIVA	TIEMPO
TALLER CARPINTERIA	OPERARIO	SI	COPA	1 AÑO
PARTICULAR	INSTRUCTOR			N/A
SENA	INSTRUCTOR			5 AÑOS

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. OYE EN CONVERSACIÓN CORRIENTE	S	SI
2. TRASTORNO DE EQUILIBRIO	N	
3. TRASTORNO DE LENGUAJE	N	
4. ACUFENOS	S	OCASIONAL
5. OTORREA	N	
6. TRAUMAS	N	
7. CIRUGIAS	N	
8. DOLOR O.D. O.I.	N	
9. OTITIS	N	
10. EXP. EXTRALABORAL	N	
11. UTILIZA MEDICAMENTOS OTOTOXICOS	N	
12. PRESENTA ANTECEDENTES CONGENITOS	N	
13. OTROS	N	

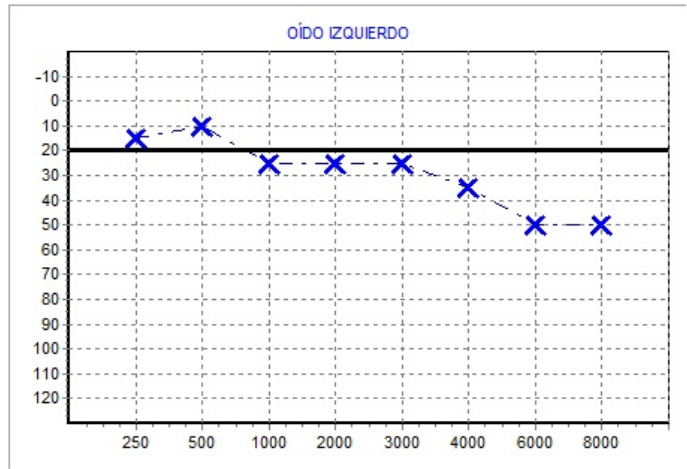
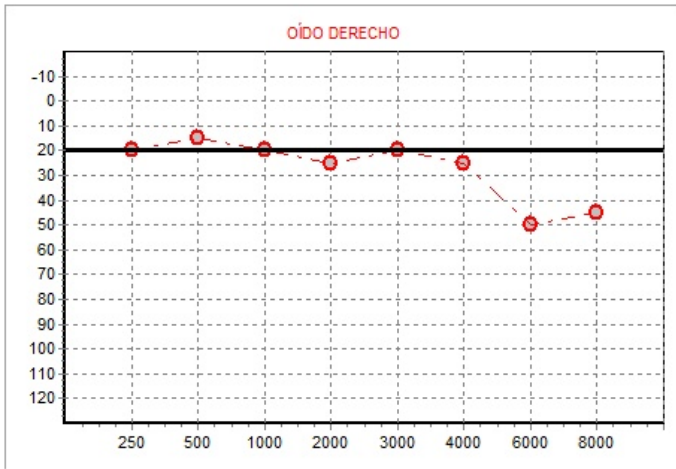
ANTECEDENTES EXTRALABORALES

ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. POLIGONO	N	
2. MUSICA CON AUDIFONOS	S	SI
3. MUSICA A ALTO VOLUMEN	N	
4. BUCEO	N	
5. MOTO	S	SI
6. TEJO	N	
7. OTROS.	N	

EVALUACIÓN

EQUIPOS QUE MANEJA No Aplica
MATERIAS PRIMAS E INSUMOS No Aplica
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL No Aplica
REPOSO AUDITIVO: S
OTOSCOPIA OI: **FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN: -**
OTOSCOPIA OD: NORMAL
 NORMAL

AUDIOGRAMA



CONCLUSIONES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

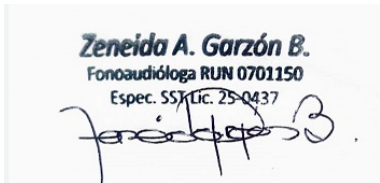
OD: DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 6000-8000- OI: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 4000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 6000-8000-
PTA OÍDO DERECHO: 20.00 - Audición Normal PTA OÍDO IZQUIERDO: 21.25 - Audición Normal

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AUDICION BILATERAL FUNCIONAL EN ÁREA CONVERSACIONAL, DESCENSO BILATERAL LEVE-MODERADO EN FREQ. AGUDAS 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO,

CONCEPTO

A



ZENEIDA AMIRA GARZON BAUTISTA

RUN 0701150

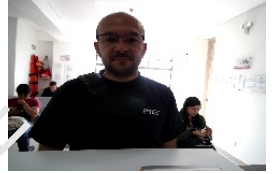
Profesional

WILSON FLOREZ RUIZ

Firma y cédula del Paciente



1113781992

**INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S.**
901214786-8**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha y Lugar: 15/11/2025 CHIA - CUNDINAMARCA
Paciente: WILSON FLOREZ RUIZ
Género: MASCULINO **Edad:** 37
Fecha Nacimiento: 13/08/1988
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CLL 7 # 4 ESTE - 61 IN 2
Empresa: PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1113781992
Teléfono: 00000 **Móvil:** 3214741154
Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

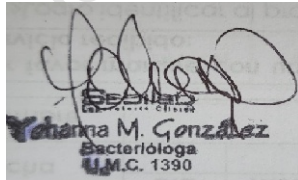
Informe de Laboratorio: 0

EXÁMENES REALIZADOS

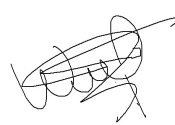
Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	68.3mg/dl	70-110 mg/dl	

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	205 mg/dl	50 - 250 mg/dl
COLESTEROL HDL	51.3 mg/dl	35 - 55 mg/dl
COLESTEROL LDL	125.4 mg/dl	0 - 130 mg/dl
TRIGLICERIDOS	142 mg/dl	40 - 200 mg/dl

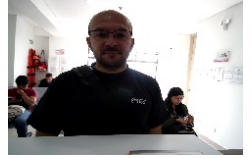


BACTERIOLOGO (A)
YOHANNA MARIA GONZALEZ VARGAS
34561986



Firma y cédula del Paciente
WILSON FLOREZ RUIZ
1113781992

EXAMEN OPTOMETRIA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 15/11/2025 CHIA - CUNDINAMARCA
Paciente: WILSON FLOREZ RUIZ
Género: MASCULINO **Edad:** 37
Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1113781992
Teléfono: 00000 **Móvil:** 3214741154
Fecha Nacimiento: 13/08/1988
Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA
Estado Civil: SOLTERO(A)
EPS: SANITAS S.A.
Dirección: CLL 7 # 4 ESTE - 61 IN 2
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Empresa: PARTICULAR

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N **Última Evaluación :** 0
Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**
Accidentes oculares: USO DE CORRECCION OPTICA
Antecedentes Personales: NINGUNO
Sintomatología :
Cirugía ocular : N MALA VISION DE LEJOS
Usa Corrección S
¿Gafas? : S **¿Lentes de Contacto? :** N
PERMANENTES

Agudeza Visual

Visión Lejana	Sin Corrección	Derecho: 20/	Ambos: 20/	Izquierdo: 20/
	Con Corrección:	Derecho: 20/	Ambos: 20/	Izquierdo: 20/
Visión Próxima	Sin Corrección	Derecho: 20/	Ambos: 20/	Izquierdo: 20/
	Con Corrección	Derecho: 20/	Ambos: 20/	Izquierdo: 20/
Lensometría	Izquierdo : -150	Derecho : -075-075X85	ADD :	

Examen Externo: NORMAL AO

Examen Motor: ORTHOFORIA

Oftalmoscopia: NORMAL AO

Visión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: 40 SEG DE ARCO

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: -075-075X85 - OI: -150

Subjetivo OD: -075-075X85 - AV: 20 - Subjetivo OI -150 - AV: 20

Cie10: ASTIGMATISMO-H522

Cie10: -

Cie10: -

Recomendaciones: SEGUIR USANDO CORRECCION OPTICA ACTUAL. VISION CORREGIDA APTA PARA LABORAR

Diagnóstico: ASTIGMATISMO AO

Concepto: PACIENTE CON ALTERACION VISUAL CON ADECUADA CORRECCION OPTICA

Formula Final: OD: -075-075X85

OI: -150

ADD :**Distancia Pupilar :** 60/62**Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N**

Remitido: -


 Dr. Julio Cesar Castillo S.L.
 Optometra
 Reg: 15464 Min Salud




JULIO CESAR CASTILLO MURCIA

15464

WILSON FLOREZ RUIZ

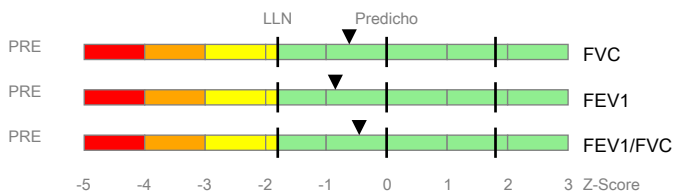
1113781992

Profesional

Firma y cédula del Paciente

ID del paciente	1113781992	Sexo	M
Apellido	FLOREZ RUIZ	Altura	162 cm
Nombre	WILSON	Peso	65 kg
Fecha de nacimiento	13/08/1988 (37)	BMI	24,77
Grupo étnico	Caucásico	Paquete	00
Fumar	No fumador		
Worklist			

Fecha de ensayo 15/11/2025 10:22 a. m.

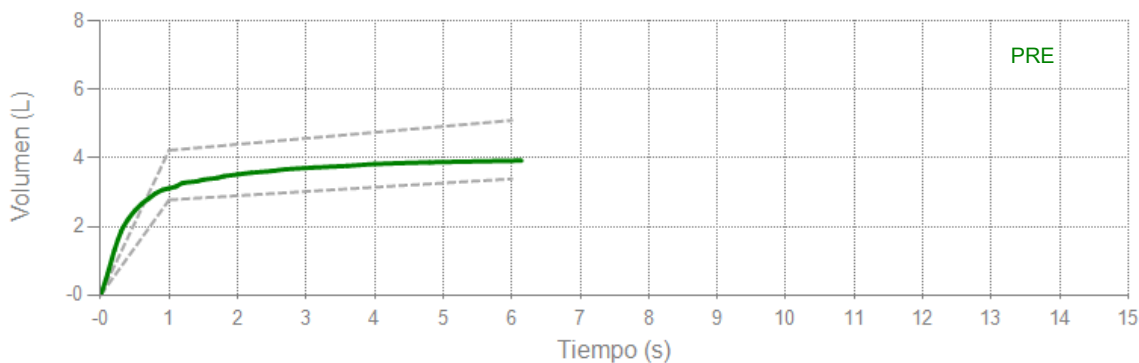
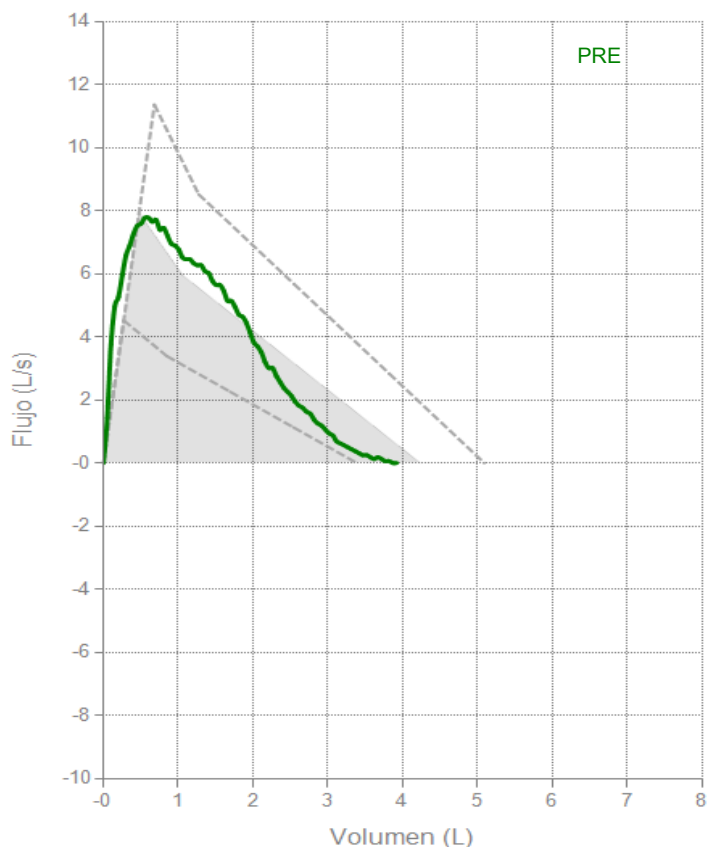


Parámetros	PRE	LLN	Z-Score	%Pred
FVC(L)	3,92	3,39	-0,62	92,43
FEV1(L)	3,13	2,78	-0,85	89,47
FEV1/FVC	0,80	0,72	-0,45	
FET(s)	6,14	-	-	102,33
FEV1/VC	-	-	-	

BTPS 1,111 21 °C (69 °F) - Predicho GLI - Posición: No especificado
Grado de control de calidad PRE: D

Interpretación

Espirometría normal



Conclusión / Informe médico

SE INDAGA ANTECEDENTES RESPIRATORIOS PACIENTE NIEGA, PREVIO LAVADO DE MANOS, SE EXPLICA TÉCNICA ADECUADA PARA LA TOMA DEL EXAMEN, PACIENTE REALIZA ADECUADAMENTE EL EXAMEN. SE UTILIZA BOQUILLA DESECHABLE.

Doctor Signature

Technician Signature

Instrumento usado

Spirobank II s/n Y18724

Last calibration check: 19/05/2025 12:52:26 p.