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** | **Mayo de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **69982-791680** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | FRANCISCO SABOGAL FONSECA | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.032.361.719 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | fsabogalf@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24130917858 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2025** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 9017669/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **9526** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **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** | **01/05/2026** | **Al** | **31/05/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 35.531.227 |
| **Número de pago** | **4** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 49.743.718 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 30.793.730 |

## 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 |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **71103259** |
| **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% | $ 37.927.505 | $ 1.047.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 3.141.000 | | |
| 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

Alistamiento de documentación del periodo.

Verificación de asociación de fichas en la plataforma SENA SofiaPlus.

Desarrollo de actividades de inicio de periodo, Diagnosis (Diagnostico).

Desarrollo de actividades y entregables de 1er corte de periodo (Workshop 01 - Workshop 02)

Transf. de Conocimiento (Greetings, Farewells, Simple Tenses (Past & Present), Continuous or Progresive Tenses (Past & Present), etc.

Transf. de Conocimiento (Pronouns, Demostrative Pronouns, Prepositions of Place, WH Questions).

Desarrollo de Dialogo 01 (Formal & Informal Protocols)

**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

**FRANCISCO SABOGAL FONSECA**
**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 RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.05.15 16:17:42 -05'00'

**NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO**
**INSTRUCTOR G17**

**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)**

14/05/26 15:02:27 USUARIO: SIC - C.C. 1032361719

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 | 1032361719 | FRANCISCO SABOGAL FONSECA | Calle 69 C #105-37 | 6018266012 | fsabogalf@upn.edu.co | |
| 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 |
| | | 71103259 | 28/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $1,894,999 | $561.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 236.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 236.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 303.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 303.200 | 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 | 9.900 | | | | 9.900 | 0 | 0 | 9.900 | | | 99 | 9.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 11.400 | 0 | 0 | 11.400 | 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 | 236.900 | 236.900 |
| Pensión | 1 | 303.200 | 303.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.900 | 9.900 |
| CCF | 1 | 11.400 | 11.400 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 561.400 | 561.400 |

Firma de Cotizante: _____

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 | 1032361719 | FRANCISCO SABOGAL FONSECA | Calle 69 C #105-37 | 6018266012 | fsabogalf@upn.edu.co | |
| 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 |
| | | 71103259 | 28/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $1,894,999 | $561.400 | |

## 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 1032361719 | SABOGAL FONSECA FRANCISCO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.894.999 | 30 | 303.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.894.999 | 30 | 236.900 | 14-23 | 1.894.999 | 30 | 1 | 9.900 | CCF24 | 1.894.999 | 30 | 11.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Firma de Cotizante: _____

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

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



# EXAMEN DE .VISIOMETRIA.

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 165,056**

**Fecha:** 16/05/2025 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 1032361719 **Nombre:** SABOGAL FONSECA FRANCISCO **Edad:** 39 AÑOS 0 MESES
**Genero:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
**Eps:** COOPSALUD **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
**Lugar del Último Examen:** , **Motivo Consulta:** EXAMEN OCUPACIONAL

## ANTECEDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | MIGRAÑA, FOTOFOBIA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| CIRUGIAS OCULARES | NO |
| USO CORRECCION OPTICA | NO USA |

## 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 | 0.5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/20 | 0.5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/20 | 0.5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |

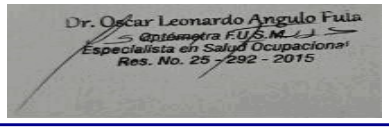
| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| Z010 | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION | AMBOS | RIPS JSON | PRINCIPAL |

### CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

**OPTOMETRA**




**Firma:**
**Nombre:** ANGULO FULA OSCAR LEONARDO
**R. M.:** 79896705 **L.S.O.:**

**Código de Seguridad**
**A652G3M165056**

**PACIENTE**



**Firma:**
**Nombre:** SABOGAL FONSECA FRANCISCO
**CC:** 1032361719

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012
Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Fecha:** 17/05/2025

**Número de Identificación:** 1032361719 **Nombre:** SABOGAL FONSECA FRANCISCO **Genero:** MASCULINO

**Fecha de Nacimiento:** 10/05/1986 **Edad:** 39 AÑOS 0 MESES 7 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

## RESULTADO DE GLICEMIA

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **GLICEMIA PRE** | 106* mg/dL | 65- 100 mg/dL |
| METODO | ESPECTROFOTOMETRIA | |
| OBSERVACIONES | | |

**Bacteriólogo**

**Firma:**

**Nombre:** ANGULO DELGADILLO ANA BEYBA
**RM:** 52715445

**Codigo de Seguridad**
**I652O32U495068**

**Paciente**

**Firma:**

**Nombre:** SABOGAL FONSECA FRANCISCO
**CC:** 1032361719

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
**SEDE NORTE:** Cra 24 # 83-33
**SEDE SUR:** Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com

Prueba Psicotécnica 16 PF

**Nombre:** FRANCISCO SABOGAL FONSECA

**Identificación:** 1032361719

**Cargo:** INSTRUCTOR

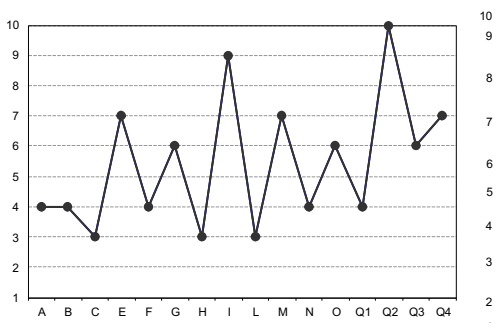
**Fecha de aplicación:** 16 de mayo 2025

**Proceso realizado:** Aplicación de inventario de personalidad 16 PF

**MOTIVO DE EVALUACIÓN:** Evaluación ocupacional

**RESULTADOS:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | A | Reservado/Abierto | 4 |
| 7 | B | Rto. Concreto/Abstracto | 4 |
| 13 | C | Inestabilidad/Estabilidad emocional | 3 |
| 14 | E | Sumiso/Dominante | 7 |
| 12 | F | Prudente/Impulsivo | 4 |
| 16 | G | Despreocupado/Escrupuloso | 6 |
| 12 | H | Tímido/Espontáneo | 3 |
| 16 | I | Racional/Emocional | 9 |
| 6 | L | Confiado/Suspicaz | 3 |
| 13 | M | Practico/Soñador | 7 |
| 9 | N | Sencillo/Astuto | 4 |
| 9 | O | Seguro/Inseguro | 6 |
| 7 | Q1 | Tradicionalista/Innovador | 4 |
| 19 | Q2 | Dependencia Del Grupo/Autosuficiencia | 10 |
| 16 | Q3 | Desinhibido/Controlado | 6 |
| 11 | Q4 | Tranquilo/Tensionado | 7 |




*P.Directos* *Decatipos*

| A | B | C | E | F | G | H | I | L | M | N | O | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| - | - | IP | - | - | - | - | IP | - | - | - | - | - | - | - | - |

*IP= Indicador a profundizar*

De acuerdo con la aplicación del cuestionario de personalidad 16 PF, en los resultados obtenidos no se identifica ningún aspecto que intervenga directamente con el desarrollo de su labor.

***CONSIDERACIONES**: El informe anterior es un resumen. Este informe está diseñado para asistir en los procesos de selección y complementar los exámenes médicos ocupacionales. El informe no debería nunca utilizarse por sí solo, si no siempre en conjunción tanto con una entrevista, como con un proceso de evaluación de la experiencia, educación, cualificaciones, competencia y formación de la persona. El objetivo de la prueba no es realizar un proceso diagnóstico respecto a las áreas evaluadas, si no, realizar un tamizaje de la posible presentación de rasgos que pueda interferir en su labor.*

Profesional Responsable
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 329.824

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 16 DÍA | 05 MES | 2025 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| SABOGAL FONSECA FRANCISCO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 39 AÑOS 0 MESES 7 DÍAS | CC | 1032361719 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**INSTRUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO CON RECOMENDACIONES, CONDICION DE SALUD QUE REQUIERE RECOMENDACIONES MEDICAS**

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 | ✓ | PRUEBA PSICOTECNICA 16PF | ✓ |
| .VISIOMETRIA. | ✓ | ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO | ✓ |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR NUTRICIÓN EN SU EPS | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES | DIETA ESTRICTA BAJA EN GRASAS Y HARINAS |
| VALORACIÓN POR EPS : SE SUGIERE VALORACIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD POR HALLAZGO ANORMAL EN GLICEMIA; QUE EN EL MOMENTO NO LE GENERA RESTRICCIONES LABORALES | MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA | CONTROLAR CONSUMO DE AZÚCAR |
| CONTROL NUTRICIONAL OBESIDAD I | INGRESAR AL SVE PARA RIESGO OSTEOMUSCULAR | BAJAR DE PESO |
| | INGRESAR AL SVE PARA RIESGO CARDIOVASCULAR | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

TRABAJADOR CON ANTECEDENTE OSTEOMUSCULAR EN PIE IZQUIERDO, EN EL MOMENTO NO PRESENTA LIMITACION FUNCIONAL NI DOLOR, NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA EL OFICIO ACTUAL. NO OBSTANTE, NO ES POSIBLE ASEGURAR DE MANERA PROSPECTIVA, QUE BAJO CONDICIONES PARTICULARES DE TRABAJO, EN LAS CUALES SE LE EXIJAN MOVIMIENTOS REPETITIVOS O ESFUERZOS DE ESTE SEGMENTO CORPORAL NO SE VAYAN A PRESENTAR SÍNTOMAS DERIVADOS DEL SOBRE ESFUERZO, O POR ANTECEDENTE ANOTADO.

SE EMITE RECOMENDACIONES PREVENTIVAS POR ANTECEDENTE REFERIDO EN CONSULTA, CON EL FIN DE PREVENIR DAÑOS O LESIONES POR USO FRECUENTE O CONTINUO DE LA ARTICULACIÓN AFECTADA.

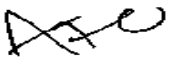
REALIZAR UNA PAUSA LABORAL DURANTE 5 MINUTOS POR CADA 2 HORAS DE TRABAJO, PARA ALTERNAR POSICION BIPEDA Y SEDENTE Y PARA ESTIRAMIENTOS DE MUSCULOS DE REGION AFECTADA.

ESTA RECOMENDACION TIENE UN CARÁCTER TEMPORAL DURANTE 3 (TRES) MESES.

- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD.
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
- INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
- PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
- REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.

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**



**Firma:**

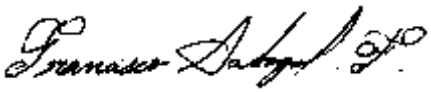
**Nombre:** ORTIZ CAÑON ANDRES FERNANDO

**R. M.:** 1053325297 **L.S.O.:** 4748-03/05/2019

**Código de Seguridad**

**E652K1Q329824**

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** SABOGAL FONSECA FRANCISCO

**CC:** 1032361719

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012
Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.