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 BOYACÁ

CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**38555-828772**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ	**Banco a consignar:**	BANCO FALABELLA
Cédula de Ciudadanía	1.049.616.426	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	odcifuentes@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	111200342762
IP/Nº de contacto:	3223921428	**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7429396/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**23725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, en la planeación y ejecución de la formación, así como la evaluación de los resultados de aprendizaje definidos en los diseños curriculares asignados en el área Agrícola, para el desarrollo de habilidades y competencias técnicas de la población campesina, aportando al fortalecimiento de la economía campesina, familiar, étnica y

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.995.110
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.995.110
Valor Bruto Pago:	**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.775.452

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.658	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.219.658**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.857.992**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**CERTIFICADO**	**D** Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.857.992,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.219.658,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 14.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 334 - DUITAMA	19.640,00	0,610%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
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		$ 321.966		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 619.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.200.018,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL DIECIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

12, 13 y 14 de Febrero - Realizar divulgación, oferta de servicios y recolección de documentos para matricula.

10 y 11 de Febrero - Asistir a inducción del programa campeSENA

17 al 21 de Febrero - Semana para realizar alistamiento para la formación

24 al 28 de Febrero - Impartir formación en el municipio de Chivata en el programa Emprendedor en producción agropecuaria para la sob.

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

OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

Jenny A. Soler

JENNY ALEXANDRA SOLER GRANADOS
INSTRUCTOR G13

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
ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

15/02/25 10:16:43 USUARIO: SIC -

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ identificado(a) con CC 1049616426 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**12/02/2024**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CLINICA CHIA S.A.S. SEDE TUNJA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes de febrero del año 2025.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.616.426**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2025.

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.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ** identificado con **CC** No. **1049616426**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 09/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012550932.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141160523744

(415)7707212489984(8020) 000014116052374 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 1 6 4 2 6	8	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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 0 4 9 6 1 6 4 2 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Pauna 5 3 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CIFUENTES	RUIZ	OSCAR	DANIEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal
CL 2 A 8 A 10

42. Correo electrónico ingcifuentes05@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 3 9 2 1 4 2 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 4 0 2 2 3	8 5 2 3	2 0 2 5 0 1 2 7					

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 ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CIFUENTES RUIZ OSCAR DANIEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Tunja, 14 de febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

T.I.	**1050611875**	**DANIEL FELIPE CIFUENTES MORALES**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,

_____

FIRMA
Nombre: OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ
C.C. 1049616426 de Tunja

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Notaria 2ª Círculo de Tunja

NUIP 1050611875

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43655320

43655320

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	02	☐	☐	☐	D 6 N

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

COLOMBIA BOYACA TUNJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CIFUENTES	MORALES

Nombre(s)

DANIEL FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes 012 Día 30	Masculino	O	Positivo

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

COLOMBIA BOYACA TUNJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	52248116-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORALES SIERRA MARIA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.049.612.418 TUNJA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CIFUENTES RUIZ OSCAR DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.049.616.426 TUNJA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CIFUENTES RUIZ OSCAR DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1.049.616.426 TUNJA	Oscar Daniel Cifuentes

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

ESTA COPIA ES TOMADA FIEL DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL PROTOCOLO DE LA NOTARIA
24 ENE 2012
Carlos Elías Rojas Lozano
Notario Segundo

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes 001 Día 08	CARLOS ELIAS ROJAS LOZANO

Reconocimiento paterno

Oscar Daniel Cifuentes R.
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

COPIA FIEL DEL ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.050.611.875
CIFUENTES MORALES
APELLIDOS
DANIEL FELIPE
NOMBRES
Daniel Cifuentes
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-2009
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
30-DIC-2027
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
03-ENE-2017 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
P-0700100-00877223-M-1050611875-20170111
0053084026A 1

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049616426 realizó el día 12/02/2025 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 OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049616426 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049616426 el día 12/02/2025 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

Avenida 19 No. 120 - 71 Piso 3
Bogotá D.C - Colombia
PBX: (571)5878787
www.bancofalabella.com.co
NIT - 900047981-8

BANCO FALABELLA S.A

NIT 900047981-8

CERTIFICA A QUIEN INTERESE QUE:

El producto **CUENTA DE AHORRO TRADICIONAL** con número **111200342762** con fecha de apertura **2019-12-17** de titularidad del (la) señor(a) **Oscar Daniel Cifuentes Ruiz** identificado(a) con la (el) **Cédula de Ciudadanía** número **1049616426**, a la fecha se encuentra **ACTIVA**.

Se expide a los Veintisiete (27) días del mes de enero de 2025, a solicitud del consumidor financiero.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordialmente,

Gerencia de Servicio y Experiencia al Cliente
BANCO FALABELLA S.A

NUC - 44B07AAB5300

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1049616426 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 17/01/2025 08:54 AM

Código Verificación: **B8RJ7U9GKC**

Válida hasta: **17/04/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Fecha impresión: 31/01/2025 17:49:09

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **08/03/2024 09:24:00** Empresa **SENA**

Nombre **OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ** Tel **3223921428**

Cargo **INSTRUCTOR** Doc. Identidad **CC 1049616426**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

1 EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR	2 EXAMEN PSICOLOGICO	3 OPTOMETRIA
4 GLICEMIA	5 PERFIL LIPIDICO	6 AUDIOMETRIA
7 ESPIROMETRIA	8 KOH UÑAS	9 COPROLOGICO

CONCEPTO

Apto con recomendaciones

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y DERMATOLOGICO
EXAMEN PSICOLOGICO: APTO.
SE REALIZA ENCUESTA PARA CORONAVIRUS SIN HALLAZGOS POSITIVOS.
VACUNA COVID 3 DOSIS.
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN SST, HIGIENE POSTURAL, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, USO CORRECTO DE LOS EPP. CONTROL DE PESO. USO DE GAFAS PERMAENTNES Y CON FILTRO UV, CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA DE EPS. DIETA HIPOGRASA, HIPOGLUCIDA, CONTROL DE PERFIL LIPIDICO POR EPS.
TRABAJADOR SIN FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES POR COVID-19
CAPACITACION EN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y PREVENCION DE COVID-19
AVISAR AL EMPLEADOR CUALQUIER CAMBIO EN ESTADO DE SALUD.

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI (X)	NO ( )	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI (X)	NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Diana Patricia Doza C.
MÉDICO CIRUJANO
ESP EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 8°0340 DEL 26/03/18

DIANA PATRICIA DOZA C.
ESP. SALUD OCUPACIONAL RES. 1576
03/09/2021

Trabajador: OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ
CC: 1049616426
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

AUDIOMETRÍA

Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐

Nombre **OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ** Doc. Identidad **1049616426**

Teléfono **3223921428** Edad **34** Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **CONTROL INTERNO** Fecha **09/03/2024** Reposo Auditivo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

◯ SI Tiempo
⊗ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

	Cargo	Años	EPP
◯ SI	INSTRUCTOR		
◯ NO			

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ◯ Otitis ◯ Acúfeno ◯ Vértigo ◯ Trauma ◯ Perforación Timpánica ◯ Otalgia ◯ Otorrea ◯ Hipoacusia
◯ Prurito ◯ Cirugía ◯ Detonación - Explosión ◯ Ototóxicos ◯ Otros:
Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ◯ Polígono ◯ Servicio Militar ◯ Buceo ◯ Moto ◯ Instrumento Musical ◯ Discoteca y/o bares
◯ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ◯ Afección Renal ◯ Parotiditis ◯ TBC ◯ Diabetes
◯ Hipotiroidismo ◯ Meningitis ◯ Paludismo ◯ Reumatismo ◯ HTA
◯ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco
◯ Congénito ◯ Adquirido

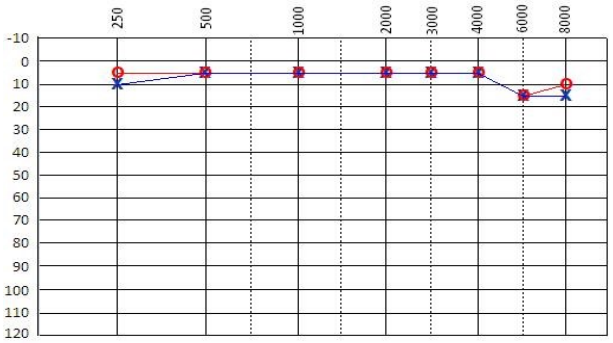
DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

OD	CAE	NORMAL	OI	CAE	NORMAL
	MT	NORMAL		MT	NORMAL



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		10	5		5		5	5	5	15	15
OD		5	5		5		5	5	5	15	10
VO OI											
OD											

NBN **WN** **SN**

Observaciones
UMBRALES AUDITIVOS NORMALES BILATERAL.
CONTROL ANUAL

Mayre Carrillo P.
FONOAUDIÓLOGA
REG. 54 - 005059

FONOAUDIOLOGA MAYRE CARRILLO REG 54 - 005059

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

ESPIROMETRÍA

Fecha examen: **09/03/2024**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre **OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ** Edad **35 años**

Fecha Nacimiento **02/05/1989 00:00:00** Sexo M ⊗ F ◯ Ocupación: INSTRUCTOR Teléfono: 3223921428

ANTECEDENTES

PERSONALES

◯ Asma ◯ Rinitis ◯ Disnea ◯ Bronquitis ◯ TBC ◯ TOS ◯ EPOC
◯ Expectoración ◯ Otros

Practica deporte ◯ Si ◯ No Otros Frecuencia

Fumador ◯ Si ◯ No Cigarrillos al día Tiempo que dejó de fumar

FAMILIARES

◯ Asma ◯ Rinitis ◯ TOS ◯ Bronquitis ◯ TBC ◯ EPOC
◯ Cancer pulmonar Parentesco

LABORALES

◯ Polvo ◯ Gas ◯ Vapores ◯ Solvente ◯ Neblina ◯ Tóxicos

Otros Tiempo de exposición

Últ. Empresa donde laboró Cargo INSTRUCTOR ◯ EPP

INTERPRETACIÓN

⊗ Normal ◯ Restrictiva ◯ Mixta ◯ Obstructiva ◯ Control

OBSERVACIONES Otros

◯ Dejar de fumar ◯ Remitir a EPS
◯ Bajar de peso ◯ Ingreso al PVF
◯ Realizar actividad física ◯ Espirometría actual
◯ Uso de protección respiratoria ◯ CAP. en conservación respiratoria

VALORES OBTENIDOS

CVF	VEMS	VEMS/CVF	PEF	FEF75
FEF50	FEF25	FEFMAX	ELA	FEV3

CONCEPTO ESPIROMETRÍA

◯ Apto ◯ No apto

OBSERVACIONES

ESPIROMETRIA NORMAL

Mayre Carrillo P.
FONOAUDIÓLOGA
REG. 54 - 005059

FONOAUDIOLOGA MAYRE CARRILLO REG 54 - 005059

GRUPO PREVENSO LTDA

Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

VISIOMETRÍA Fecha examen: **08/03/2024**

Doc. Identidad **CC 1049616426** Nombre **OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ** Fecha Nacimiento. **02/05/1989**
Entidad **CONTROL INTERNO** Edad **35 años** Ocupación **INSTRUCTOR**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa EVENTO 25 Cargo INSTRUCTOR Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn PORVENIR EPS NUEVA EPS ARL POSITIVA

ANAMNESIS

Último Examen Visual **1 AÑO** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminucíón visual de cerca ( ) Disminucíón visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	**20/20-**	**0.50**		**20/40**	**0.50**
OI	**20/20**	**0.50**		**20/25**	**0.50**
AO	**20/20**	**0.50**		**20/25**	**0.50**

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			º	
OI			º	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	(X)	(X)
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **ORTHO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC:

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**40 SEG - ARCO**	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**40 SEG - ARCO**	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	(X)	(X)
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H521 MIOPIA
H522 ASTIGMATISMO

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
control un año

OBSERVACIONES

OPTOMETRA ULS
DIANA SOFIA BORBON GUEVARA
REG 1934

GRUPO PREVENSO LTDA

Nit: 820005100

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 31/01/2025 10:05:30

Dircc: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja Tel : 3103377634 - 7457713

Fecha 08/03/2024 07:35:00

Doc: **1049616426** Nombre : **OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ** Edad : **35 Años** Sexo : **M**

Entidad: **CONTROL INTERNO**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
BACTERIOLOGIA				
GLICEMIA				
GLICEMIA BASAL	79	70	110	mg/dl.

AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	194	0	200	
COLESTEROLHDL	40	MAYOR DE 45		
COLESTEROLLDL	98	MENOR DE 150		
TRIGLICERIDOS	280	HASTA 170		

AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

GRUPO PREVENSO LTDA

Nit: 820005100

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 31/01/2025 10:01:53

Dircc: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja Tel : 3103377634 - 7457713

Fecha 30/01/2025 08:37:00

Doc: **1049616426** Nombre : **OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ** Edad : **35 Años** Sexo : **M**

Entidad: **CONTROL INTERNO**

Parametro	Resultado	Rango referencia
BACTERIOLOGIA		
COPROLOGICO		
COLOR	CARMELITO	
CONSISTENCIA	BLANDA	
FLORA BACTERIANA	NORMAL	
PARASITOS INTESTINALES	Q. DE E. NANA 1-2 XC	

AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

KOH UÑAS		
KOH DE UÑAS	NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS MICOTICAS	

AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

GRUPO PREVENSO LTDA

Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

EVALUACIÓN PSICOLABORAL

Fecha de realización del examen 08/03/2024 08:39:00

Tipo de examen Pre-Ingreso ◯ Ingreso ⊗ Retiro ◯ Periódico ◯
Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Control ◯ Post incapacidad ◯

1. DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre **OSCAR DANIEL CIFUENTES RUIZ** **CC** **1049616426**

Entidad **CONTROL INTERNO**

Género Masculino **Fecha de nacimiento** 02/05/1989 **Edad** 34

No. de hijos 1 **No. de personas a cargo** 1 **Lugar de residencia** Cll 2A #8A-10 Ba. La Florida (Tunja)

Estado civil Soltero(a) ⊗ U. Libre ◯ Casado(a) ◯ Separado(a) ◯ Viudo(a) ◯

FONDO DE PENSIÒN PORVENIR **EPS** NUEVA EPS **ARL** POSITIVA

2. INFORMACIÓN EDUCATIVA Y LABORAL DEL TRABAJADOR

Nivel Educativo Primaria incompleta ◯ Primaria completa ◯ Bachillerato incompleto ◯ Bachillerato completo ◯
Ninguno ◯ Técnico incompleto ◯ Técnico completo ◯ Profesional incompleto ◯ Profesional completo ◯ Post grado ⊗

Cargo ingreso/retiro Instructor **Último cargo ejercido** Docente

Tiempo en el último cargo 9 años **Motivo del retiro** Terminación de contrato

Tiempo de experiencia en el cargo de ingreso/retiro 0

3. VALORACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Nivel de valoración personal
Paciente ubicado en tiempo espacio, vestimenta adecuada a la ocasión. Procesos básicos atención, percepción y memoria funcionales. Procesos superiores, pensamiento, lenguaje y función ejecutiva funcionales. Se describe a sí mismo como una persona compañerista, motivador, le gusta el trabajo social y proponer novedades a nivel educativo; le gustaría mejorar el mal genio.

Manejo de la angustia/tolerancia a la frustración
Cuando se ve enfrentado a una situación estresante, refiere autorregulación a partir de factores temperamentales innatos, pensando en la causa, escuchar a los demás si es necesario, se aisla por un espacio de tiempo breve, realiza respiración profunda.

Área social
Su grupo social está compuesto por su mamá, en la actualidad convive con la mamá y hermana; mantiene adecuadas relaciones sociales manifiesta ser de pocos amigos (3 o 4), los demás son conocidos con quienes no comparte cosas muy personales. Alguna actividad que suelen realizar con su mamá es salir a la finca al campo a pasear y realizar actividades propias del campo.

Capacidad de adaptación
Cuando se ve enfrentado a una situación novedosa, refiere adaptarse a partir de input sensorial mixto sin predominante visual y auditivo, y el método de aprendizaje se basa principalmente en la toma de apuntes, onservación directa, conversaciones con personas expertas o con mayor conocimiento.

Conocimiento y aceptación de normas y valores
Sigue reglas e instrucciones simples y complejas, puede intuir conductas asociadas a ética y moral como factor esperado individual, puede reconocer legislación y normatividad propias de entorno sociocultural al que pertenece.

Gama de intereses
Estudió Ingenieroa Agropecuario, Especialista en educación ambiental y gerencia en riesgos laborales y seguridad y salud en el trabajo; Magister en Educación.
Pasatiempos e intereses: Compartir con su hijo, practicar fútbol y voleibol.
Proyectos de vida: Poder llegar a un cargo en nombramiento en propiedad para tener estabilidad económica y poder ofrecerle el mejor apoyo posible a su hijo.

EVALUACIÓN PSICOLABORAL

Fecha de realización del examen 08/03/2024 08:39:00

Tipo de examen Pre-Ingreso ◯ Ingreso ⊗ Retiro ◯ Periódico ◯
Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Control ◯ Post incapacidad ◯

4. ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Descansar- dormir ◯ Compartir con amigos ◯ Compartir con familia ⊗ Salir a pasear ⊗ Actividad artística ◯
Practicar deporte ⊗ Escuchar música ◯ Leer ◯ Estudiar ◯ Ver televisión ◯
Usar PC ◯ Otros trabajos ◯

5. MOTIVACIÓN AL TRABAJO

Motivación interna Autorealización ⊗ Logro ◯ Poder ◯ Autosuperación ◯ Agrado por su labor ⊗

Motivación externa Prestaciones y garantías ⊗ Grupo de trabajo ◯ Satisfacción de necesidades básicas ◯
Salario ⊗ Promoción laboral ◯ Estabilidad laboral ⊗ Fortalecer aprendizaje ⊗
Estabilidad del grupo familiar ◯

Expectativas laborales y en general
"Experimentar una nueva faceta como docente, aprendiendo cada día cosas nuevas de mi profesión y de los estudiantes"

6. MIEDOS Y FOBIAS

Acrofobia ◯ Claustrofobia ◯ Otro

7. PRESENTACIÓN Y ACTITUD DURANTE LA ENTREVISTA

Adecuado- participativo(a) ⊗ Euproséxico ◯ Disproséxico ◯ Distante-evitativo- Poco colaborador ◯

8. CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN Y CURSO DEL PENSAMIENTO

Taquipsiquia ◯ Normal ⊗ Bradipsiquia ◯

9. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

1. Factores propios del individuo Fobias ◯ Prosaico ◯ Alogia ◯ Impulsiva ◯ Dificultad para socializarse ◯
Susceptible ◯ Abúlico ◯ Distimia ◯ Tendencia patrón tipo A ◯ Déficit en la comunicación ◯
Poca tolerancia a la frustración ◯ Pensamiento concreto ◯ Disprosexia ◯ Autoestima baja ◯ Irritable ◯

2. Factores de organización Demandas cuantitativas ◯ Condiciones del medio ambiente ◯ Carga física ◯
Conocimiento de la tarea ◯ Claridad del rol ◯ Responsabilidad del cargo ◯
Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades ◯ Estabilidad del empleo ◯ Jornada laboral ◯
Limitantes de desarrollo ◯ Pausas y descanso ◯ Demandas de carga mental ◯ Salarios ◯
Tipo de contrato ◯ Modelo administrativo ◯ Demandas ecomocionales ◯ Grupo social ◯

3. Factores extralaborales Deficiente uso del tiempo libre ◯ Tiempo de desplazamiento y/o transporte ◯
Ausencia o inadecuadas redes sociales de apoyo ◯ Características de la vivienda ◯
Dificultad de acceso a servicios de salud ◯ Inseguridad y/o violencia ◯ Comunicación familiar disfuncional ◯

EVALUACIÓN PSICOLABORAL

Fecha de realización del examen 08/03/2024 08:39:00

Tipo de examen

Pre-Ingreso	◯	Ingreso	⊗	Retiro	◯	Periódico	◯
Reubicación	◯	Ingreso al SVE	◯	Control	◯	Post incapacidad	◯

10. ANTECEDENTES DE TRASTORNOS EMOCIONALES O PSIQUIÁTRICOS

Familiar: No refiere caso conocido

Personal: No refiere

11. CONSUMO DE SPA

Fuma **Bebidas alcohólicas** En reuniones familiares **Sustancias I**

12. OBSERVACIONES O ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE SU PERFIL

Resultados examen psicológico: A partir de aplicación de entrevista semiestructurada con énfasis en riesgo psicosocial y estrés laboral, la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Formato de Entrevista Semiestructurada OIT OMS, Cuestionario de Estrés Laboral OIT OMS, y el Cuestionario de Satisfacción s22/s33, se observa que:

1. No presenta ansiedad ni depresión clínicas. Puntaje 0 y 1 respectivamente. Por debajo de umbrales de riesgo 4 y 3.
2. No presenta sintomatología de estrés laboral derivado de su trabajo actual/inmediatamente anterior. No presenta dolores de cabeza, hombros, espalda cervical, torácica o lumbar, sin cambios de apetito o ciclos de sueño. Presenta un puntaje de 47 de estrés laboral, de un rango de 25-175, corresponde a Estrés Laboral "Bajo". Refiere 8/10 en Satisfacción Laboral subjetiva durante entrevista en donde lo que más le agrada es "el aprendizaje que se obtiene cada día dando lko mejor de mí". Refiere un puntaje de Satisfacción Laboral 135 de un máximo posible de 161. Esto refiere una satisfacción Normal a Alta como factor protector ante el estrés laboral.
3. No presenta factores de riesgo psicosocial significativos derivados de trabajo anterior, ni afectación a la salud.
4. No presenta alteraciones de salud ni factores de riesgo psicosocial derivados del consumo de alcohol ("Parece beber con responsbilidad")

- Conclusión: Concepto favorable, APTO.

Laura Elizabeth Suárez Jiménez
PSICÓLOGA SST U.P.T.C.
T.P. 119799 RES. SST0271

LAURA ELIZABETH SUAREZ
PSICOLOGA ESP. SST RE. 0271 06/03/23