SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL-BOYACÁ

Código Regional	**15**
Código Centro	**930510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**14576-913128**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS	**C.C.**	46.361.092	**IP/Nº de contacto**	3213705318
Correo electrónico contratista:	mcmarva@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24104121540

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4619385/2023 **Nº Compromiso SIIF** **20923**

Valor Total del Contrato	$ 28.846.180	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.846.180	**1**	**Del**	**15/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 1.417.005,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.429.175		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales como instructor técnico de ARTESANIAS, aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos de los diseños curriculares asignados por la coordinación académica para el cumplimiento de los compromisos institucionales e indicadores del Centro de Gestión Administrativa y Fortalecimiento Empresarial en el marco del servicio de formación

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.417.005		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.417.005**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 648.183**		**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	----------	**DECRETO 1273**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 354.251	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ 259.000	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 205.326	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	648.183,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.086.405,00	
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	0,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.417.005,00**	

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Febrero 15 Reunion de Programa SER Tunja Horas 8
Febrero 16 Reunion area ARTESANIAS Elaboracion de fichas tecnicas Horas 8
Febrero 17 visita municipios de Iza y Firavitoba Horas 8
Febrero 20 a28 Formacion EMPRENDEDOR EN ALBORACION DE ARTESANIAS EN TELAR VERTICAL municipio de Firavitoba, ficha por asignar Horas 56
TOTAL HORAS MES 80

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 diligenciados.

MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS
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,

MARIA CLEMENCIA PEREZ ZARATE
COORDINADORA ACADÉMICA

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

JEISON ANDRES PLAZAS ROMERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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 **Maria Cristina Martinez Vargas** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **46361092,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 46361092
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Cristina Martinez Vargas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	04/06/1966
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA 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	17/03/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 46361092 Trabajador Independiente Desde 01/11/2022 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 46361092 MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS Desde 01/04/2022 Hasta 31/10/2022

Generado por lvsolano 25/01/2023

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **46361092,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de enero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14298413856

(415)7707212489984(8020) 000001429841385 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 6 3 6 1 0 9 2	3	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	4 6 3 6 1 0 9 2	1 9 8 5 0 1 0 8

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	VARGAS	MARIA	CRISTINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

41. Dirección principal: CL 11 A 24 25

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
mcmarva@misena.edu.co		3 2 1 3 7 0 5 3 1 8	3 2 0 3 3 8 8 5 1 2

CLASIFICACION

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
1 3 9 4	2 0 0 8 0 4 0 9	8 5 5 1	2 0 1 2 1 2 1 1			7 6 3 2	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	1	2	5															

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 0 7 0 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 03-03-2015 03:45:47PM

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 de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS** con **CC** No. **46361092**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 14/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 13/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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): 202301012521478.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS Identificado con CC 46361092

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PARQUE DE LA VILLA SOGAMOSO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24104121540
Fecha de apertura:	8 de Febrero de 2021
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0540 SOGAMOSO de la ciudad de SOGAMOSO, el día Miércoles, 25 de Enero de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social
DE COLOMBIA

WINLAB LABORATORIO CLÍNICO

R&R Centro de Medicina y Optometría

10009746

Paciente:	MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS	**Orden No:**	10009746
Identificación:	46361092	**Edad/Sexo:**	56 / F
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Fecha Recepción:**	2023-01-26 07:48:24
Convenio:	CENTRO DE MEDICINA Y OPTOMETRIA R&R	**Fecha Impresión:**	2023-01-26 08:51:16.

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Leucocitos	**8.14**	x10e3/uL	4.50 - 10.0 x10e3/uL
% Granulocitos	**48.7**	%	50.0 - 67.0 %
% Linfocitos	**45.3**	%	18.0 - 48.3 %
% MID	**6.0**	%	3.00 - 26.0 %
# Granulocitos	**3.97**	x10e3/uL	2.00 - 7.8 x10e3/uL
# Linfocitos	**3.68**	x10e3/uL	1.00 - 4.10 x10e3/uL
# MID	**0.49**	x10e3/uL	0.10 - 2.90 x10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	**5.79**	x10e3/uL	4.06 - 6.93 x10e3/uL
Hemoglobina	**16.0**	g/dL	12.9 - 19.2 g/dL
Hematocrito	**48.4**	%	41.7 - 54.7 %
Volumen Corpuscular Medio	**83.5**	fL	75.0 - 98.0 fL
HB Corspuscular Media	**27.7**	pg	27.0 - 31.2 pg
Concentración HB Corpucular Media	**33.1**	g/dL	31.8 - 35.4 g/dL
Ancho Distribución Eritrocitaria	**11.1**	%	11.0 - 14.5 %
Recuento de Plaquetas	**305**	x10e3/uL	150 - 450 x10e3/uL
Volumen Plaquetario Medio	**7.9**	fL	7.50 - 10.6 fL
Ancho de Distribución Plaquetas	**15.2**	10(GSD)	
Plaquetocrito	**0.240**	%	

IBONE DENISSE PLAZAS
BACTERIOLOGA
562

WINLAB LABORATORIO CLÍNICO

R&R Centro de Medicina y Optometría

10009746

Paciente:	MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS	**Orden No:**	10009746
Identificación:	46361092	**Edad/Sexo:**	56 / F
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Fecha Recepción:**	2023-01-26 07:48:24
Convenio:	CENTRO DE MEDICINA Y OPTOMETRIA R&R	**Fecha Impresión:**	2023-01-26 08:51:16.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa	**87**	mg/dl	
			Primer Dia : 40 - 60 mg/dl
			Mayor de 1 Dia: 50 - 80 mg/dl
			Adultos : 70 - 110 mg/dl
Colesterol Total	**256**	mg/dl	
			Optimo : Hasta 200 mg/dl
			Moderado: 200 - 239 mg/dl
			Elevado : > 240 mg/dl
Observaciones	**DATO CONFIRMADO**		
Triglicéridos	**121**	mg/dl	
			Hombres :40 - 160 mg/dl
			Mujeres :35 - 135 mg/dl
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**47.3**	mg/dl	
			Hombres Mujeres
			Riesgo Menor : > 50 mg/dl
			Riesgo Normal : 40-60 mg/dl
			Riesgo Elevado: < 40 mg/dl
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**184.5**	mg/dl	79 Hasta 189

IBONE DENISSE PLAZAS
BACTERIOLOGA
562

Nit. 901305578-3
Cel. 311 274 5974 Tel. (038) 7752377
Carrera 9 No 14-47 Barrio San Martín Centro
centrodemedicinayoptometría@gmail.com
Sogamoso - Boyaca - Colombia



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) 26/01/2023 - 08:52 A. M.
Tipo Evaluacion Medica: EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ADMINISTRATIVOS
Empresa: PARTICULAR **Cargo:** INSTRUCTORA
Nombres y Apellidos: MARTINEZ VARGAS MARIA CRISTINA **:CC** 46361092 **Fecha de Nacimiento:** 04/06/1966 12:00
Edad: 56 AÑOS 7 M **Lugar de Nacimiento:** SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CLL 11 A # 24- 25
Estudios: TÉCNICO **Estado Civil:** SEPARADO(A) **E.P.S:** SANITAS **A.F.P:** NO REFIERE **A.R.L:** NO REFIERE

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo
TECNICO PROFESIONAL EN ARTESANIAS.	INTRUCTOR	25-50 KG	ALTERNADO	SI	18 AÑOS

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	SIN ALTERACIONES.
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

PACIENTE SIN SIGNOS CLINICOS DE LESION OSTEOMUSCULAR.

MÉDICO



Firma:

Nombre: RAMIREZ DUARTE CARLOS IVAN

R. M.: 74380090 **L.S.O.:** RSL 0744 16/06/2020

TRABAJADOR

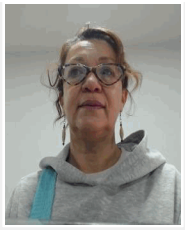


Firma:

Nombre: MARTINEZ VARGAS MARIA CRISTINA

CC 46361092

Nit. 901305578-3
Cel. 311 274 5974 Tel. (038) 7752377
Carrera 9 No 14-47 Barrio San Martín Centro
centrodemedicinayoptometría@gmail.com
Sogamoso - Boyaca - Colombia



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 8554**

Fecha: 26/01/2023 **Ciudad:** SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ADMINISTRATIVOS **Eps:** SANITAS
CC: 46361092 **Nombre:** MARTINEZ VARGAS MARIA CRISTINA **Edad:** 56 AÑOS 7 M **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 04/06/1966 **Empresa:** PARTICULAR **Ocupacion:** INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	SINDROME DE MENIERE
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

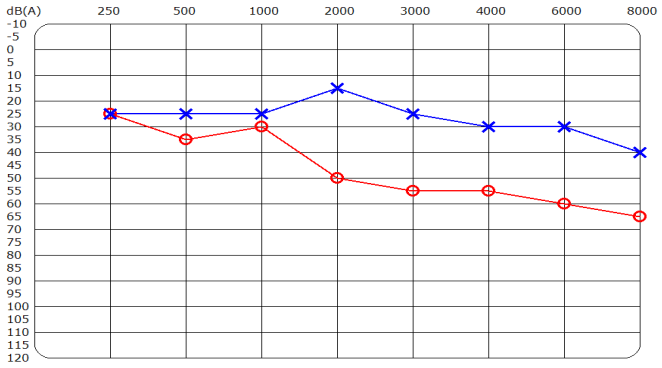
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: **F. Ultima Calibración:**

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	25	35	30	50	55	55	60	65
VAOI	25	25	25	15	25	30	30	40

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Moderada - Severa(56 - 70 dB) **Oído izquierdo:** Leve(25 - 40 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
H919	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION

Observaciones

CAE BILATERAL DESPEJADO, MEMBRANAS TIMPANICAS INTEGRAS Y EN CONDICIONES NORMALES, UMBRAL AUDITIVO OI DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD PARA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES Y DESCENSO EN FRECUENCIAS AGUDAS DE GRADO LEVE HIPOACUSIA EN OD DE GRADO MODERADA - SEVERA.

FONOAUDIÓLOGO

Firma: Xiomara Merchán A. Fonoaudióloga Universidad Nacional
Nombre: MERCHAN AVILA ERIKA XIOMARA
R. M.: 1053347283 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: MARTINEZ VARGAS MARIA CRISTINA
CC 46361092



Nit. 901305578-3
Cel. 311 274 5974 Tel. (038) 7752377
Carrera 9 No 14-47 Barrio San Martín Centro
centrodemedicinayoptometría@gmail.com
Sogamoso - Boyaca - Colombia



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 9,121

Fecha: 26/01/2023 **Municipio:** SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) **CC:** 46361092 **Nombre:** MARTINEZ VARGAS MARIA CRISTINA **Edad:** 56 AÑOS 7
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** PARTICULAR
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ADMINISTRATIVOS **F. Último Examen:** .
Lugar del Último Examen: JHACE 8 MESES
Motivo Consulta: PACIENTE ASISTE A VALORACION OCUPACIONAL.

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VISION INTERMEDIA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	ASTIGMATISMO PRESBICIA
USA ANTEOJOS	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	N/A	N/A	N/A	-0.50 ESF ADD +2.75	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	-0.25 -0.75 *0 ADD +2.75	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NO REVISADO**
OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO

RX FINAL

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H250	CATARATA SENIL INCIPIENTE	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

INCLUIR EN EL PVE VISUAL

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE SIN RESTRICCION HASTA ESTE MOMENTO QUE CON SU CORRECCION LOGRA ADECUADA FUNCION VISUAL. SE EXPLICA BENEFICIO DE USO Y MEDIDAS DE PROTECCION. REFIERE ENTENDER. SE SUGIERE ACTUALIZAR PRESCRIPCION OPTICA O REVISAR FORMULA. REFIERE ENTENDER.

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: REYES FORERO VICTOR ALFONSO

R. M.: 74381570 **L.S.O.:** RSL 0551 06/04/2021

PACIENTE



Firma:

Nombre: MARTINEZ VARGAS MARIA CRISTINA

CC: 46361092

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46361092 realizó el día 24/02/2023 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 MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46361092 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

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

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CRISTINA MARTINEZ VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46361092 el día 24/02/2023 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