SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL BOYACÁ**
**CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **911010** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **47326-150328** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA | **C.C.** | 46.367.617 | **IP/Nº de contacto** | 3107593634 |
| **Correo electrónico contratista:** | barraganceci@misena.edu.co | | | | |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI |
| **Es Pensionado?** | NO | | | | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** | NO | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 24096646706 |
| | | **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:** | 5887266/2024 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **22524** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 45.250.856 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 45.250.856 | **1** | **Del** | **06/02/2024** | **Al** **29/02/2024** | **$ 3.721.288,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 41.529.568 | | Legalización comisiones del periodo | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales en el rol de instructor de Emprendimiento aportando en la planeación, ejecución, evaluación y mejora continua de los procesos de formación y asesoría técnica para el emprendimiento rural y campesino; definidos por la Dirección de Empleo y Trabajo y la Coordinación Nacional SENA Emprende Rural. FORMACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA PARA EL

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.721.288 | | 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** | **$ 3.721.288** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.181.944** | | **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** | ---------- | **4536750960** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.488.515 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 186.100 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 238.200 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 15.600 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 930.322 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500 | $ - | |
| 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 $ 1.506.080 | $ 372.129 | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 727.315 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

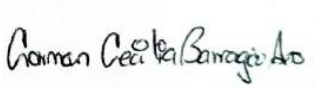
| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.181.944,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.721.288,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 334 | 22.700,00 | 0,610% |
| - | 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** | **$3.698.588,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

06 al 09/02/2024.Duitama.CEDEAGRO. Inducción desde el nivel nacional
12 al 16/02/2024.Duitama.CEDEAGRO. Continuar con el proceso de inducción y reinducción en el centro CEDEAGRO.
19/02/2024. Duitama.CEDEAGRO. Inducción en el centro de CEDEAGRO.
20 al 23/02/2024. Sogamoso.Formación Comportamiento emprendedor,desarrollar la competencia fomentar cultura emprendedora según
26 al 27/02/2024.Sogamoso.Formación Comportamiento emprendedor,desarrollar la competencia: fomentar cultura emprendedora según
28 /02/2024. Sogamoso. Asesoria en Asociatividad
29/02/2024. Sogamoso.Formación Generación de ideas para un negocio innovador.

**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.



**CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

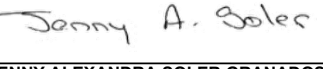
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



**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)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 46367617 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CARMEN CECILIA BARRAGAN BARRAGAN ACOSTA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOGAMOSO | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 15 # 8 - 91 | TELÉFONO: | 7712584 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4536750960** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/01/29 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9997512877 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 0** | **$ 208.000** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 162.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 46367617 | BARRAGAN ACOSTA CARMEN CECILIA | INDEPEND | | $ 1.571.780 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 370.500** |

Planilla Pagada
Planilla Pagada

## 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, **CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA** identificado con **CC** No. **46367617**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de afiliación:** 16/02/2013<br>**Fecha de inicio de cobertura:** 05/02/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 09/12/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 2<br>**Cargo :** INSTRUCTOR |

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): 202401012343917.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

**CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Duitama, febrero de 2024

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:

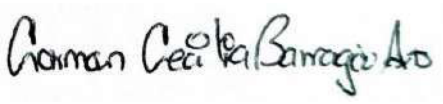
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1058356925** | **LUIS GABRIEL MARTINEZ BARRAGAN** | **HIJO** |

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,



_____

Nombre: Carmen Cecilia Barragán Acosta
C.C. 46.367.617

# REPÚBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.058.356.925**

**MARTINEZ BARRAGAN**

APELLIDOS

**LUIS GABRIEL**

NOMBRES

Luis Gabriel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-2011**

**TUNJA**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**31-DIC-2029**
FECHA DE VENCIMIENTO

**O+**
G S RH

**M**
SEXO

**14-ENE-2019 SOGAMOSO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-0727700-01065254-M-1058356925-20190306 0064764981A 1 7325304735

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058356925

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50436357

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1842

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: MARTINEZ
Segundo Apellido: BARRAGAN
Nombre(s): LUIS GABRIEL.

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes DIC Día 31 | 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 DE NACIDO VIVO | 11077719-0 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: BARRAGAN ACOSTA CARMEN CECILIA

| Documento de identificación (Clase y número) | | Nacionalidad |
|---|---|---|
| C.C.NO. 46.367.617 | SOGAMOSO | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CASTRILLON ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | | Nacionalidad |
|---|---|---|
| C.C.NO. 91.437.741 | BARRANCABERMEJA | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CASTRILLON ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | | Firma |
|---|---|---|
| C.C.NO. 91.437.741 | BARRANCABERMEJA | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos: *_

| Documento de identificación (Clase y número) | | Firma |
|---|---|---|
| *_ | *_ | |

**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 2012 Mes ENE Día 28 | ROSALIA CAMARGO PALACIOS<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | ROSALIA CAMARGO PALACIOS<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

L.O. 038 Tomo 66

*_
*_
*_
*_

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE SOGAMOSO BOYACÁ
ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA
EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA
10 ENE 2019
Lucy Mesa Diaz
NOTARIA SEGUNDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
Lucy Mesa Diaz
NOTARIA SEGUNDA
SOGAMOSO - BOYACA

NOTARIA SEGUNDA SOGAMOSO P.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

## Hace constar:

Que el Sr(a) CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46367617 realizó el día 12/02/2024 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 CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46367617 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 -

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46367617 el día 12/02/2024 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

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14976672731

(415)7707212489984(8020) 000001497667273 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 6 3 6 7 6 1 7 | 7 | Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 6 3 6 7 6 1 7 | 1 9 9 0 0 7 0 3 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| BARRAGAN | ACOSTA | CARMEN | CECILIA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 15 8 91

42. Correo electrónico: barraganchechi@yahoo.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 7 5 9 3 6 3 4 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 5 1 | 2 0 0 4 0 6 2 4 | | | | | | | |

## 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 61. Fecha 2024 - 01 - 30 / 16 : 09: 36

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 BARRAGAN ACOSTA CARMEN CECILIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA Identificado con CC 46367617

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

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24096646706 |
| **Fecha de apertura:** | 5 de Septiembre de 2019 |
| **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 SENA, realizada en la Oficina 0628 PARQUE DE LA VILLA SOGAMOSO de la ciudad de SOGAMOSO, el día Jueves, 25 de Enero de 2024.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social

## 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 46367617 **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 25/01/2024 05:24 PM

Código Verificación: **5FC9GXQV8L**

Válida hasta: **24/04/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Cruz Roja Colombiana
UM Sogamoso

# CRUZ ROJA COLOMBIANA UM SOGAMOSO

NIT: 826002007

**CONTACTOS**
7704044
sogamoso@cruzrojacolombiana.org
Calle 11 N 8 - 47
Sogamoso (Boyacá)

## CERTIFICADO DE APTITUD



| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA | | | **GÉNERO:** Femenino |
| **TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 46367617 | **FECHA NACIMIENTO:** 20/01/1972 | **EDAD:** 50 año(s) 4 día(s) |
| **EMPRESA CONTRATANTE:** independiente | | | **TIPO EXAMEN:** Ingreso |
| **CARGO DESEMPEÑAR:** INSTRUCTOR | **JORNADA TRABAJO:** Diurno | | **FECHA:** 24/01/2022 |

## CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD

| | 1. RECOMENDACIONES GENERALES | | | | | | Ninguna |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | 1.1. Remisión a EPS | | 1.3. Completar esquema vacunación | | 1.5. Suspender tabaquismo | X | 1.7. Control de peso y nutrición |
| | 1.2. Continuar manejo médico | X | 1.4. Inicio o continuar actividad física | | 1.6. Reducir consumo de alcohol | | 1.8. Otras |

| | 2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | | | | Ninguna |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2.1. Calificación de origen | | 2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica | X | 2.7. Pausas activas | X | 2.9. Uso diario de bloqueador solar |
| X | 2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas | X | 2.5. Uso de elementos de protección personal | X | 2.8. Uso de corrección visual | | 2.10. Otros |
| | 2.3. Seguimiento por ARL | X | 2.6. Pautas ergonómicas | | | | |

| | 3. RESTRICCIONES | | | | | X | No Aplica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts | | 3.4. Trabajos en temperaturas bajas | | 3.7. Trabajo en espacios confinados | | 3.10. Cargas |
| | 3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts | | 3.5. Trabajo en temperaturas altas | | 3.8. Para conducción de vehiculos | | 3.11. Viajes |
| | 3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos | | 3.6. Trabajos con riesgo eléctrico | | 3.9. Manipulación de alimentos | | 3.12. Otros |

**4. CONCEPTO MÉDICO**

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | Apto para el cargo | | Apto para trabajo en alturas | | Requiere evaluar reubicación laboral | | Sin restricción para continuar su labor actual |
| | Apto con restricciones temporales (ver restricciones) | | Apto para trabajo eléctrico | | Requiere nueva valoración | | Sin diagnóstico de enfermedad laboral |
| | Apto con restricciones permanentes (ver restricciones) | | Apto para trabajo en temperaturas extremas | | Satisfactorio | | Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL |
| | Aplazado | | Apto para trabajo en espacios confinados | | Enfermedades de origen común | | Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral |
| | Apto para manipulación de alimentos | | Apto para conducción de vehículos | | | | |

**5. EXÁMENES REALIZADOS**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Examen Físico | | Rx Tórax | X | Perfil Lipídico | | TSH | | Frotis Faríngeo |
| X | Examen Físico con Énfasis Osteomuscular | | Rx Columna Lumbo Sacra | | Perfil Hepático | | Serología | | KOH Uñas |
| | Audiometría | X | Cuadro Hemático | | Perfil Renal | | Ácido Úrico | | Coprológico |
| X | Optometría | X | Glicemia | | Frotis Sangre Periférica | | Tamizaje Drogas | | Baciloscopia |
| | Espirometría | X | Electrocardiograma | | Hemoclasificación | | Alcohol | X | Evaluación Neuropsicológica |
| | Visiometría | X | Parcial de Orina | | Espermograma | | Colinesterasa | X | Otro |

**6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES**

REMISION A EPS, FONOAUDIOLOGICO, NORMAL, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN ALTERACION DE LA MARCHA HIDRATADO Y AFEBRIL ISOCORICO ANCITERICO SIMETRIA FACIAL CUELLO MOVIL NO INGURGITADO AUDICION FUNCIONAL PARA CONVERSACION CLARA TORAX SIN RETRACCIONES CREPITOS O ENFISEMA RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO SIN DOLOR NI MASAS EXTREMIDADES EUTROFICAS BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMA ORIENTADO EN TRES ESFERAS NO FOCALIZACION NEUROLOGICA

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:**

MD. Lina Maria Rosas Lozano
Médico UPTC RM 1.049.623.051
Esp. SST - UPTC Lic. 1638

LINA MARIA ROSAS LOZANO
Medicina especializada, Medicina del trabajo
Registro Profesional: 1049623051

**PACIENTE:**

CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA





Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

| Cruz Roja Colombiana<br>Seccional Boyacá<br>UM Sogamoso | Proceso Laboratorio Clínico | | |
|---|---|---|---|
| | RESULTADOS | | |
| | Código: LC-RG04 | Fecha de Emisión: 2020-05-08 | Versión: 02 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA:** | ENERO 24 DE 2022 | **No.** | 240122419 | **V.B.** |
| **NOMBRE DEL PACIENTE:** | CARMEN CECILIA BARRAGÁN ACOSTA | | | |
| **IDENTIFICACION** | 46.367.617 | **EDAD:** | 50 | AÑOS |

## QUIMICA SANGUINEA

| | | | |
|---|---|---|---|
| GLICEMIA BASAL | 79.9 | mg/dL | V.R. 70 - 110 mg/dL |
| COLESTEROL TOTAL | 201 | mg/dL | V.R. Sospecha a partir 200 mg/dL |
| TRIGLICERIDOS | 136 | mg/dL | V.R. 36 - 165 mg/dL |
| COLESTEROL H.D.L. | 61 | mg/dL | V.R. ♂ 30 - 60 mg/dL ♀ 40 - 70 mg/dL |
| COLESTEROL L.D.L. | 112,8 | mg/dL | V.R. Menor 150 mg/dL |

Dra. Ana María Castro T.
U.B. Bacteriologa

BACTERIOLOGA

| Cruz Roja Colombiana<br>Seccional Boyacá<br>UM Sogamoso | Proceso Laboratorio Clínico | | |
|---|---|---|---|
| | RESULTADOS | | |
| | Código: LC-RG04 | Fecha de Emisión: 2020-05-08 | Versión: 02 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** | CARMEN CECILIA BARRAGÁN ACOSTA | | VB |
| **EDAD :** | 50 AÑOS | **IDENTIFICACION:** | 46.367.617 |
| **Nº DE REPORTE:** | 240122419 | **FECHA :** | ENERO 24 DE 2022 |

## UROANALISIS

| *ANÁLISIS FÍSICO - QUIMICO | | EXAMEN MICROSCÓPICO | | |
|---|---|---|---|---|
| Color | AMARILLO | Células epiteliales | 4 - 6 | xc |
| Olor | S.G. | Células renales | | xc |
| Aspecto | LÍMPIDO | Leucocitos | 2 - 4 | xc |
| p.H. | 6.0 | Hematies | 0 - 2 | xc |
| Densidad | 1.010 | Bacterias | ESCASAS | |
| Proteínas | NEGATIVO | Moco | | |
| Glucosa | NEGATIVO | C. Hialinos | | xc |
| C. Cetónicos | NEGATIVO | C. Granulosos | | xc |
| Bilirrubina | NEGATIVO | C. Leucocitarios | | xc |
| Sangre | NEGATIVO | Levaduras | | |
| Nitritos | NEGATIVO | Micelios | | |
| Leucocitos | NEGATIVO | C. Uratos Amorfos | | |
| Urobilinógeno | NORMAL | C. Fosfatos Amorfos | | |
| | | C. Oxalatos de Calcio | | |

ISO 9001 Icontec SC-CER519708 CERTIFIED IQNet CO-SC-CER519708

Dra Ana María Castro T.
UB Bacteriologa

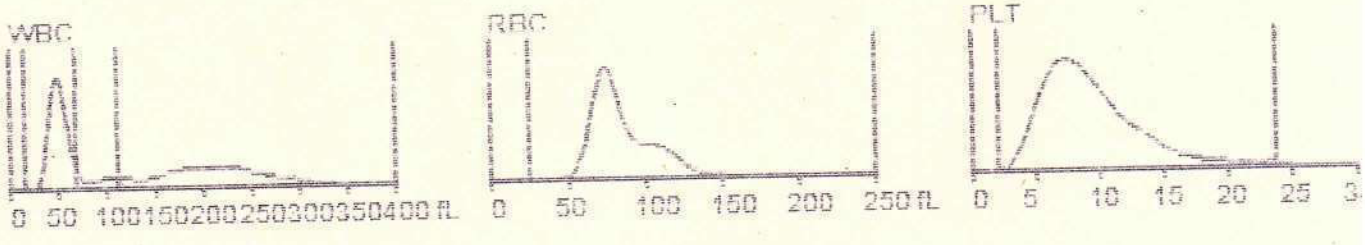
BACTERIOLOGA

# LABORATORIO CRUZ ROJA UM. SOGAMOSO

## Reporte de Prueba

Nombre:CARMEN CECILIA BARRAGAN ACOSTA Sexo: Femenino No.: 2401418
Tipo: Sangre completa Edad: 50 anos Medico No.:
Referencia: General Depl : PARTICULAR Cama No.:

| Item | Resultado | Referencia | Nota |
|---|---|---|---|
| WBC | 5.84 10^3/uL | 4.00-10.00 | |
| LYM# | 2.50 10^3/uL | 0.60-4.10 | |
| MID# | 0.48 10^3/uL | 0.10-0.90 | |
| GRA# | 2.85 10^3/uL | 2.00-7.00 | |
| LYM% | 42.9 % | 20.0-50.0 | |
| MID% | 8.5 % | 3.0-10.0 | |
| GRA% | 48.6 % | 40.0-70.0 | |
| RBC | 4.63 10^6/uL | 3.80-5.80 | |
| HGB | 14.3 g/dL | 11.0-16.5 | |
| HCT | 45.4 % | 36.0-50.0 | |
| MCV | 98.1 fL | 80.0-99.0 | |
| MCH | 30.8 pg | 26.5-33.5 | |
| MCHC | 31.4 g/dL | 32.0-36.0 | |
| RDW-SD | 46.0 fL | 35.0-56.0 | |
| PLT | 313 10^3/uL | 150-350 | |
| MPV | 8.9 fL | 7.0-11.0 | |
| PDW | 14.1 % | 10.0-18.0 | |
| PCT | 0.278 % | 0.100-0.500 | |
| P-LCR | 22.7 % | 13.0-43.0 | |




Banderas:

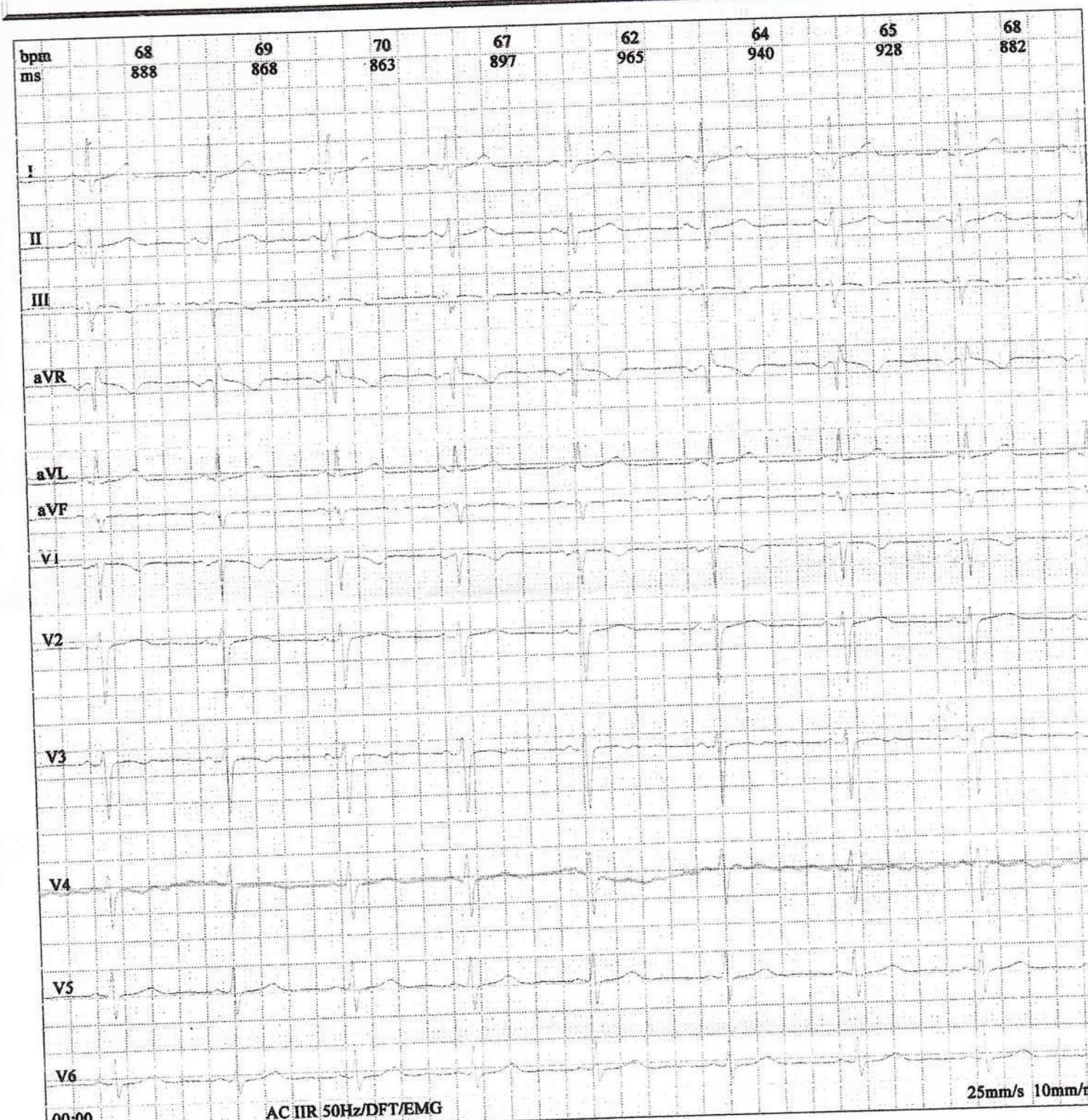
Solicitante: Inspector: Verificador: DR. ANA MARI

Test Hora: 01/24/2022 10:15:56 Imp fecha: 01/24/2022

# ECG

Nomb : carmen cecilia Sex : Femeni Eda : 50Y Historia N : 46367617 Seccion : cruz roja

SN : 0008161 Apellido : barragan acost Cama No : fech : 24/01/2022 8:11:50




| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Frecuencia | 1000Hz | PR Intervalo | 122 ms | Diagnos |
| Muestreo Tiemp | 10s | QT Intervalo | 414 ms | |
| HR: | 67bpm | QTc Intervalo | 437 ms | |
| P Intervalo | 90ms | P Eje: | 21.70Ob | |
| QRS Intervalo | 95 ms | QRS Eje: | -42.90Ob | |

# Cruz Roja Colombiana

Calle 11 No. 8-47 - Tel: 770 40 44 / Fax: 770 6814 - Sogamoso
E-mail:sogamoso@cruzrojacolombiana.org

Fecha, 24-01-2022 Documento 46367617

Nombre: Carmen Cecilia Barragan Acosta

R/ Edad 50 años

Biotipo: Normal

Fluidez: Normal

Ritmo: Normal

Intensidad: Normal

Coordinación Fonorespiratoria: Normal

Tipo Respiratorio: Costo-diafragmatico

Modo respiratorio: oral-Nasal

IDX: Voz dentro de parametros Normales

TP 0804401

# Cruz Roja Colombiana

## Seccional Boyacá U.M. Sogamoso

Calle 11 No. 8-47 - Tel: 770 40 44 / Fax: 770 6814 - Sogamoso
E-mail:sogamoso@cruzrojacolombiana.org

Fecha, Enero 24/22 Doc. identidad: 46 367617 Sog

Nombre: Carmen Cecilia Barrera Acosta

Edad: 50 años Ocupación: Instructora Admo.

EMPRESA SENA

INGRESO [x] EGRESO [ ] PERIODICO [ ] ALTURAS [ ]

SC AVL OD: OI: AVP OD: OI: JM CC AVL OD: 20/20 OI: 20/20 VP OD: OI:

EXAMEN EXTERNO Normal

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.Hiperemia Bulbar | [ ] | [ ] | 5. Resequedad ocular | [ ] | [ ] |
| 2.Hiperemia Tarsal | [ ] | [ ] | 6. Pinguecula | [ ] | [ ] |
| 3.Pterigión | [ ] | [ ] | 7. Nevus | [ ] | [ ] |
| 4. Blefaritis | [ ] | [ ] | 8. Arco senil | [ ] | [ ] |

Otros _____

OFTALMOSCOPIA:

OD: Normal OI: Normal

REFRACCION

OD: Miopia

OI: Miopia

Stereopsis 40" Visión Cromática Normal

IDX Miopia

Observaciones: Requiere UL

Firma: Dra. Gloria Cecilia Peña Sanchez
OPTOMETRA UPTC - SSP
Reg. Profesional
T.P. No.

Cruz Roja Colombiana
Seccional Boyacá U.M. Sogamoso

# Informe Psicológico Confidencial

# Uso Profesional Solamente

***FICHA DE IDENTIFICACIÓN***

***Empresa / Organización**: S.E.N.A*

***Número de Personas:** 1*

***Sexo:** Femenino*

***Lugar de Aplicación Prueba:** Sogamoso, Cruz Roja Colombiana.*

***Fecha de informe:** 24 de Enero de 2022*

***MOTIVO DE CONSULTA:***

*Aplicación Individual del Cuestionario de Riesgo Psicosocial en el Trabajo.*

***PRUEBAS APLICADAS Y FECHAS DE EVALUACIÓN:***

- *Cuestionario de Riesgo Psicosocial en el Trabajo*
- *Aplicación 24 de Enero de 2022.*

***Evaluador:** Freddy Leonardo López Zea.*

***FREDDY LEONARDO LÓPEZ ZEA***
***Psicólogo, Esp.Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales***
***Tarjeta Profesional: 138934 / Licencia Ocupacional: 2844 del 28 de Diciembre de 2015 /***
***Secretaria Distrital de Salud: Resolución 2392 del 24 de febrero de 2014 / Celular: 3138308530***
***Sogamoso – Boyacá - Colombia***

## *1º. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN INDIVIDUAL DEL CUESTIONARIO DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO*

| Datos del Colaborador | Dimensiones Psicosociales | Puntaje | Nivel de Exposición |
|---|---|---|---|
| **Nombres:** Carmen Cecilia<br>**Apellidos:** Barragán Acosta<br>**Fecha de Nacimiento:** 20 / 01 / 72<br>**Nº D.I:** 46.367.617<br>**Nº Telefónico:** 310 759 36 34<br>**Grado de Escolaridad:** Posgrado<br>**Actividad Laboral:** Admon.Empresas<br>**Tiempo en la Actividad:** 17 Años<br>**Puesto de Trabajo:** Instructora<br>**Empresa:** S.E.N.A<br>**Municipio:** Duitama | Exigencias Psicológicas | 7 | Bajo |
| | Trabajo Activo y Posibilidad de Desarrollo | 1 | Bajo |
| | Apoyo Social en Empresa | 3 | Bajo |
| | Compensaciones | 4 | Medio |
| | Doble presencia | 5 | Alto |

*FREDDY LEONARDO LÓPEZ ZEA*
*Psicólogo, Esp.Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales*
*Tarjeta Profesional: 138934 / Licencia Ocupacional: 2844 del 28 de Diciembre de 2015 /*
*Secretaria Distrital de Salud: Resolución 2392 del 24 de febrero de 2014 / Celular: 3138308530*
*Sogamoso – Boyacá - Colombia*

## 2º. ¿QUÉ SON Y POR QUÉ DEBEMOS EVALUAR LOS FACTORES PSICOSOCIALES?

*El estrés, la ansiedad, la depresión, trastornos cardiovasculares, la úlcera de estómago, trastornos inmunitarios, alérgicos o las contracturas y el dolor de espalda pueden ser debidos a la exposición a riesgos psicosociales en el trabajo.*

*Los riesgos psicosociales son características de las condiciones de trabajo y, concretamente, de la organización del trabajo, nocivas para la salud. Este cuestionario incluye cinco grandes grupos de riesgos psicosociales en el trabajo:*

***1) Las Exigencias Psicológicas:*** *se refieren al volumen de trabajo en relación al tiempo disponible para realizarlo y a la transferencia de sentimientos en el trabajo.*

***2) El Control Sobre el Trabajo:*** *se refiere al margen de autonomía en la forma de realizar el trabajo y a las posibilidades que se dan de aplicar habilidades y conocimientos y desarrollarlos.*

***3) El Apoyo Social y la Calidad de Liderazgo:*** *tienen que ver con el apoyo de los superiores o compañeros y compañeras en la realización del trabajo, con la definición de tareas, o la recepción de información adecuada y a tiempo, También en cuanto la Estima se refiere al trato como profesional y persona, al reconocimiento y al respeto que obtenemos en relación al esfuerzo que realizamos en el trabajo*

***4) Inseguridad Sobre el Futuro:*** *se refiere a la preocupación por los cambios de condiciones de trabajo no deseados o la pérdida del empleo.*

***5) La Doble Presencia:*** *se refiere a la necesidad de responder simultáneamente a las demandas del empleo y del trabajo doméstico y familiar.*

***FREDDY LEONARDO LÓPEZ ZEA***
***Psicólogo, Esp.Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales***
***Tarjeta Profesional: 138934 / Licencia Ocupacional: 2844 del 28 de Diciembre de 2015 /***
***Secretaria Distrital de Salud: Resolución 2392 del 24 de febrero de 2014 / Celular: 3138308530***
***Sogamoso – Boyacá - Colombia***

## 3º. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

*Cada pregunta de la encuesta tiene 5 opciones de respuesta, con una puntuación de 0 a 4, de forma tal que el mayor puntaje indica un mayor riesgo en esa dimensión.*

- *Categorías de puntajes por terciles*

*De acuerdo con el resultado de la aplicación de este instrumento, los puntajes se separan en terciles, para cada una de las dimensiones y sub-dimensiones. Esto permite clasificar en los rangos "bajo", "medio" y "alto" la exposición a cada uno de los factores de riesgo psicosocial evaluados por este instrumento.*

*Esta clasificación se presenta en la siguiente tabla:*

| Dimensiones Psicosociales | PUNTAJE POBLACIÓN DE REFERENCIA | | |
|---|---|---|---|
| | Bajo | Medio | Alto |
| Exigencias Psicológicas | De 0 a 8 | De 9 a 11 | De 12 a 20 |
| Trabajo Activo y Posibilidad de Desarrollo | De 0 a 5 | De 6 a 8 | De 9 a 20 |
| Apoyo Social en Empresa | De 0 a 3 | De 4 a 6 | De 7 a 20 |
| Compensaciones | De 0 a 2 | De 3 a 5 | De 6 a 12 |
| Doble presencia | De 0 a 1 | De 2 a 3 | De 4 a 8 |

*FREDDY LEONARDO LÓPEZ ZEA*
*Psicólogo, Esp.Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales*
*Tarjeta Profesional: 138934 / Licencia Ocupacional: 2844 del 28 de Diciembre de 2015 /*
*Secretaria Distrital de Salud: Resolución 2392 del 24 de febrero de 2014 / Celular: 3138308530*
*Sogamoso – Boyacá - Colombia*

***Entonces, estos Intervalos Significan:***

- ***Bajo:*** *Nivel de exposición psicosocial más favorable para la salud.*
- ***Medio:*** *Nivel de exposición psicosocial intermedio.*
- ***Alto:*** *Nivel de exposición psicosocial más desfavorable para la salud.*

## *4º RECOMENDACIONES*

*Impedir que las Condiciones Psicosociales de Trabajo Dañen la Salud, es Posible Mediante Medidas Preventivas que:*

- ***Reduzcan las Exigencias Psicológicas del Trabajo:***

  - *Facilitando que la cantidad de trabajo sea adecuada al tiempo disponible para realizarlo (aumentando personal, revisando los tiempos, mejorando la planificación, poniendo a disposición herramientas y materiales adecuados, mejorando procesos, etc.).*

  - *Proporcionando la formación necesaria para manejar saludablemente las exigencias emocionales que no se pueden eliminar en origen y reduciendo el tiempo de exposición.*

- ***Incrementen el Control Sobre los Contenidos del Trabajo:***

  - *Diseñando trabajos más variados y de contenidos más complejos, evitando el trabajo estandarizado, monótono y repetitivo.*

  - *Potenciando la participación en las decisiones relacionadas con el cómo se realizan las tareas, permitiendo aplicar tus habilidades y conocimientos y su desarrollo.*

***FREDDY LEONARDO LÓPEZ ZEA***
***Psicólogo, Esp.Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales***
***Tarjeta Profesional: 138934 / Licencia Ocupacional: 2844 del 28 de Diciembre de 2015 /***
***Secretaria Distrital de Salud: Resolución 2392 del 24 de febrero de 2014 / Celular: 3138308530***
***Sogamoso – Boyacá - Colombia***

- ***Incrementen el apoyo en el trabajo:***

- *Facilitando la ayuda entre el personal de la empresa en la realización del trabajo.*
- *Fomentando la claridad y la transparencia organizativa, definiendo puestos de trabajo, tareas asignadas y margen de autonomía.*
- *Cambiando la cultura de mando y formando en habilidades y conocimientos para una organización del trabajo más participativa y justa.*
- *Eliminando la competencia entre compañeros y/o departamentos.*
- *Eliminando el trabajo aislado*

- ***Aumenten las compensaciones del trabajo:***

- *Garantizando el respeto y el trato justo.*
- *Garantizando la estabilidad en el empleo y en las condiciones de trabajo (jornada, sueldo, etc.…).*
- *Eliminando la discriminación por sexo, edad, etnia.*

- ***Permitan la conciliación entre la vida laboral y familiar***

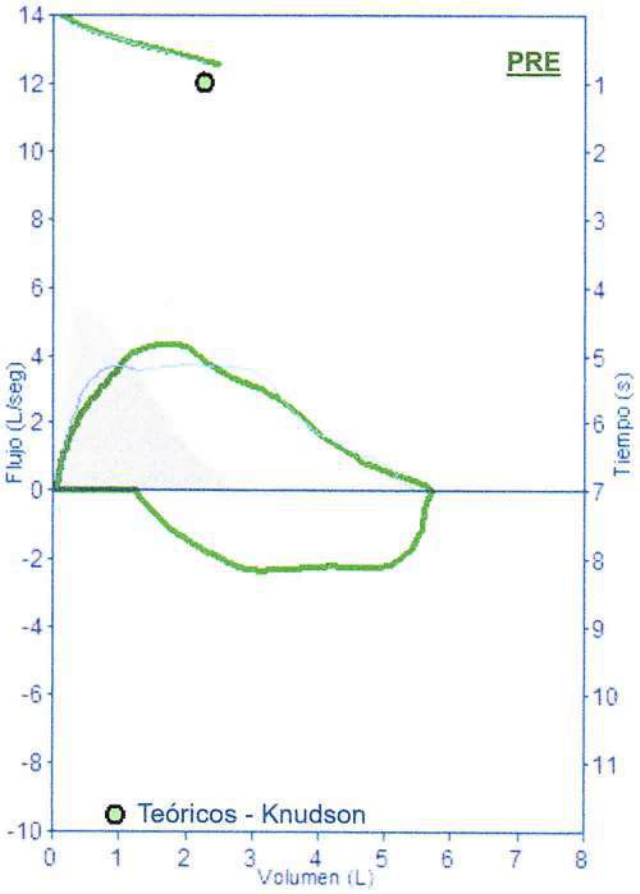
- *Evitar cambios de jornada sin preavisos, adaptar jornada y distribución de la misma a las necesidades de conciliación.*

*La selección y puesta en marcha de las medidas preventivas necesarias debe hacerse con la participación del trabajador. Sin él no será posible identificar los riesgos, ni poner en marcha las medidas preventivas oportunas. No dude en asesorarse con los Representantes del COPASST, y/o los Especialistas en Servicios de Prevención de la empresa.*

***FREDDY LEONARDO LÓPEZ ZEA***
***Psicólogo, Esp.Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales***
***Tarjeta Profesional: 138934 / Licencia Ocupacional: 2844 del 28 de Diciembre de 2015 /***
***Secretaria Distrital de Salud: Resolución 2392 del 24 de febrero de 2014 / Celular: 3138308530***
***Sogamoso – Boyacá - Colombia***

## Resultados de la prueba de Función Pulmonar

## Curvas flujo/ volumen y volumen/ tiempo




impreso por winspiroPRO 1.0 4.3.0 - 24/01/2023 10:21:53 a. m. - Mod.C11

## Fecha de visita 24/01/2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| ID | 46367617 | | |
| Apellido | BARRAGAN ACOS | Edad | 51 |
| Nombre | CARMEN CECILIA | Género | Femenino |
| Fecha de nacim | 20/01/1972 | Altura, cm | 153 |
| Grupo étnico | Caucásico | Peso:, kg | 70 |
| Fumador | No fumador | Paquetes/Ai | |
| Grupo de pacien | PARTICULAR | | |

## Interpretación

Espirometría normal

## Informe médico

## Datos PRE prueba 24/01/2023 10:20:45 a. m.

| Parámetros | BTPS 1,092 25°C - 77°F | Teór. | PRE | %Teór. | POST | %Teór. | %Camb. | PRE#1 | PRE#2 | PRE#3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mejores valores de todas las curvas | | | | | | | | | | |
| **FVC** | L | 2,74 | **2,50** | **91** | | | | **2,50** | **2,35** | |
| **FEV1** | L | 2,29 | **2,27** | **99** | | | | **2,24** | **2,27** | |
| **FEV1/FVC** | % | 84,1 | **90,8** | **108** | | | | **89,6** | **96,6** | |
| **PEF** | L/s | 5,49 | **4,38** | **80** | | | | **4,38** | **3,79** | |
| Valores de la mejor curva | | | | | | | | | | |
| **FEF2575** | L/s | 2,61 | **2,99** | **115** | | | | **2,99** | **3,25** | |
| **FEF25** | L/s | 5,17 | **2,84** | **55** | | | | **2,84** | **3,38** | |
| **FEF50** | L/s | 3,25 | **4,15** | **128** | | | | **4,15** | **3,65** | |
| **FEF75** | L/s | 1,18 | **4,35** | **367** | | | | **4,35** | **3,74** | |
| **FEV3** | L | 2,55 | **2,50** | **98** | | | | **2,50** | **2,35** | |
| **FET** | s | 6,00 | **2,03** | **34** | | | | **2,03** | **2,34** | |
| **FIVC** | L | 2,74 | **65,38** | **2389** | | | | **65,38** | **0,00** | |
| **FIV1** | L | 2,29 | **65,38** | **2856** | | | | **65,38** | **0,00** | |
| **FIV1/FIVC** | % | 84,1 | **100,0** | **119** | | | | **100,0** | **0,0** | |
| **PIF** | L/s | 5,49 | **2,32** | **42** | | | | **2,32** | **0,00** | |
| **ELA** | años | 51 | **54** | | | | | **54** | **52** | |
| **VC** | L | | | | | | | | | |
| **IVC** | L | | | | | | | | | |
| **FEV1/VC** | % | | | | | | | | | |
| **ERV** | L | | | | | | | | | |
| **IC** | L | | | | | | | | | |
| **EVol** | mL | | **140** | | | | | | | |

Informa de calidad **D**

FVC reproducible, FEV1 reproducible

*Firma*

Instrumento us
Spirobank G-U

Jenny A. Soler