SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

Código Regional	11
Código Centro	930310
Fecha Elaboración	Febrero de 2024
Versión	ENERO 2024 - 1,24
ID de Proceso	63186-451373

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANYELA TARAZONA GOMEZ	**C.C.**	52.481.017	**IP/Nº de contacto**	11119
Correo electrónico contratista:	atarazonag@sena.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 COLPATRIA **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** 1010485122

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: 5842114/2024 **Nº Compromiso SIIF** 29724

Valor Total del Contrato	$ 32.151.925	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.151.925	**1**	**Del**	**05/02/2024**	**Al** 29/02/2024	**$ 3.870.139,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.281.786		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA MODALIDAD Y EL NIVEL DE LAS ESPECIALIDADES OFERTADAS POR EL CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLOG

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.870.139	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	**$ 3.870.139**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.565.554**	**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	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.548.056	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 8.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 967.534	$ -	
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	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 855.185	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.565.554,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.428.839,00	
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	33.123,00	0,966%
-	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	**$3.837.016,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

VER ANEXO INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBERO QUE SE ENCUENTRA EN EL PROCESO DEL SECOP II

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.

ANYELA TARAZONA GOMEZ
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,

LINA YIBI SANTAMARIA BURGOS
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

ORDENADOR DEL PAGO

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANYELA TARAZONA GOMEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52481017, se encuentra . Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240130	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 1 días del mes de Febrero de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: YEIZON ARTURO RAMIREZ
24068111

CER-AFI

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANYELA TARAZONA GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52481017,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2014** 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 30 de enero de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973926456

(415)7707212489984(8020) 000001497392645 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 8 1 0 1 7	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	52481017	1 9 9 6 1 1 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TARAZONA	GOMEZ	ANYELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 73 B 25 C 60 AP 202

42. Correo electrónico anyelatarazona@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 3 5 9 0 5 5 0	

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

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 2	2																								

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 - 19 / 14 : 44: 24

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 TARAZONA GOMEZ ANYELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 19-01-2024 02:44:35PM

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

Laboratorio Lorena Vejarano SAS
NIT: 900435146-9
SEDE BOGOTA CALLE 25G N° 85B-89. BOGOTA COLOMBIA
Desde tu celular: 6028353815
WWW.LORENAVEJARANO.COM

00000004

Nombre	: ANYELA TARAZONA GOMEZ	**Referencia**	: 00000004
Documento	: 52481017	**Edad/Sexo**	: 45 / F
Doctor	: NA	**Fecha de Nacimiento**	: 21/09/1978
Empresa	: SGMS SALUD	**Fecha de Ingreso**	: 2024-02-20 07:07:54
Dirección	: direccion	**Fecha Toma**	:
Telefono	: 3163590550 **Sede** :	**Fecha Impresión**	: 2024-02-20 13:42:35.

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Leucocitos (Leu)	**4.76**	$10^3/mm^3$	5.2 - 12.4
Eritrocitos (Eri)	**4.68**	10^6/mm^3	4.2 - 6.1
Hemoglobina (Hb)	**13.3**	g/dl	12.0 - 18.0
Hematocrito (Htc)	**40.5**	%	37.0 - 52.0
Recuento de Plaquetas (Plt)	**404**	$10^3/mm^3$	150 - 450
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	**86.5**	fl	80 - 99
Concentración Media de HB (HCM)	**28.4**	pg	27.0 - 31.0
Concentración Media HB Corpuscular	**32.8**	g/dl	33.0 - 37.0
Indice Distribución Eritrocit-IDE	**14.2**	%	11.5 - 14.5
Volumen Medio Plaquetario (VPM)	**10.2**	fl	7.0 - 11.1
DIFERENCIAL			
% Linfocitos	**37.4**	%	19.0 - 48.0
% Monocitos	**6.3**	%	3.4 - 9.0
% Neutrofilos	**53.2**	%	40.0 - 74.0
% Eosofilos	**2.3**	%	0.0 - 7.0
% Basofilos	**0.8**	%	0.0 - 1.5
# Linfocitos	**1.78**	$10^3/mm^3$	0.9 - 5.2
#Monocitos	**0.30**	$10^3/mm^3$	0.16 - 1.0
# Neutrofilos	**2.53**	$10^3/mm^3$	1.9 - 8.0
# Eosofilos	**0.11**	$10^3/uL$	0.0 - 0.8
# Basofilos	**0.04**	$10^3/uL$	0.0 - 0.2
MORFOLOGIA GLOBULOS BLANCOS			
MORFOLOGIA PLAQUETAS			

.

Fecha/Hora Validación: 20/02/2024 12:27:34 p. m.
Tipo de Muestra: Sangre total

WILMER JESUS VILLANTARIOS
BACTERIÓLOGO T.P: 03194

QUIMICA

Colesterol Total	**214**	mg/dl	Optimo :Hasta 200 mg/dl Moderado :200 - 239 mg/dl Elevado :>240 mg/dl

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Sr./Sra. ANYELA TARAZONA GOMEZ 2024-02-20 07:07:54

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 00000004

URL : https://bit.ly/3Pbnh1E

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

Laboratorio Lorena Vejarano SAS
NIT: 900435146-9
SEDE BOGOTA CALLE 25G N° 85B-89. BOGOTA COLOMBIA
Desde tu celular: 6028353815
WWW.LORENAVEJARANO.COM

00000004

Nombre	: ANYELA TARAZONA GOMEZ	**Referencia**	: 00000004
Documento	: 52481017	**Edad/Sexo**	: 45 / F
Doctor	: NA	**Fecha de Nacimiento**	: 21/09/1978
Empresa	: SGMS SALUD	**Fecha de Ingreso**	: 2024-02-20 07:07:54
Dirección	: direccion	**Fecha Toma**	:
Telefono	: 3163590550 **Sede** :	**Fecha Impresión**	: 2024-02-20 13:42:35.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Fecha/Hora Validación: 20/02/2024 12:27:48 p. m.
Tipo de Muestra: Suero

Glicemia	**82.10**	mg/dl	Niños y Adultos : 60-99 mg/dl

Fecha/Hora Validación: 20/02/2024 12:27:29 p. m.
Tipo de Muestra: Suero

HDL - Colesterol de Alta Densidad	**65.3**	mg/dl	Riesgo Elevado: Hasta 35 mg/dl Normal : 40 - 59 mg/dl

Fecha/Hora Validación: 20/02/2024 12:27:39 p. m.
Tipo de Muestra: Suero

COLESTEROL LDL INMUNOLOGICO DIRECTO	**131**	mg/dl	150 Valores de Referencia < de 100: Óptimo 100 a 129: Cercano o superior al óptimo 130 a 159: En el límite alto 160 a 189: Alto

Fecha/Hora Validación: 20/02/2024 12:27:26 p. m.
Tipo de Muestra: Suero

Triglicéridos	**88.8**	mg/dl	Optimo : < 150 mg/dl Normal Limitiforme : Hasta 200 mg/dl

Fecha/Hora Validación: 20/02/2024 12:27:21 p. m.
Tipo de Muestra: Suero

WILMER JESUS VILLANUEVA
BACTERIÓLOGO T.P: 03194

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Sr./Sra. ANYELA TARAZONA GOMEZ 2024-02-20 07:07:54

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 00000004

URL : https://bit.ly/3Pbnh1E

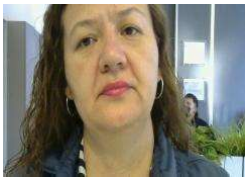
Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

Fecha Atención : 2024-02-20

Fecha impresión : 2024-02-20

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	ANYELA TARAZONA GOMEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	52481017
Fecha de Nacimiento:	1978-09-21	**Edad:**	45
Género:	F	**RH:**	O -
Estado civil:	Casado	**Escolaridad:**	Universitario
Estrato:	4	**Ciudad:**	Bogotá, D.C.
Dirección:	direccion	**Teléfono:**	3163590550
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR PART-0	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Ciudad - Sede:	Bogotá, D.C.	**Sede:**	Bogotá

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA	
DATOS EMPRESA	
EMPRESA CONTRATANTE	
EMPRESA USUARIA	
SEDE	
AREA	
CARGO	
FECHA DE INGRESO	
JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE
ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO	
PROFESION	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
OBSERVACIONES	
EN LA EMPRESA ACTUAL	
ILUMINACION DEL TRABAJO	NO
USO DE PROTECCION VISUAL	NO
RIESGO QUIMICO	NO
RIESGO FISICO	NO
RIESGO MATERIAL PARTICULADO	NO
RIESGO ILUMINACION	NO
EXPOSICION A SOLVENTES	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO
EXPOSICION A RADIACION NO IONIZANTE	NO
EXPOSICION A RADIACION IONIZANTE	NO
EXPOSICION A TEMPERATURAS EXTREMAS	NO
EXPOSICION A MATERIAL EN PROYECCION	NO
EXPOSICION A VIDEO TERMINALES	SI
OTROS	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NO
OBSERVACIONES	
ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES	
ACCIDENTE OCULAR	NO
ALTERACIONES TIROIDEAS	NO
AMBLIOPIA	NO
CATARATAS	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
DEFECTOS REFRACTIVOS	SI
DIABETES MELLITUS	NO
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	NO
ESTRABISMO	NO
FARMACOLOGICOS	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO
PATOLOGICOS	NO
PATOLOGIA OCULAR	NO
PTERIGIO	NO
QUIRURGICOS	NO
RINITIS	NO

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

TRATAMIENTOS ORTOPTICOS	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO
OTROS	NO
OBSERVACIONES	

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	LENTES OFTALMICOS (GAFAS) Observaciones: COMPUTADOR
ULTIMO CONTROL VISUAL	MENOS DE 6 MESES Observaciones: 4 MESES
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI
RX OD	-075-125*85
RX OI	-100
ADICION O.D.	
ADICION O.I.	

SINTOMATOLOGIA

ASINTOMATICO	NO
ARDOR	NO
ASTENOPIA VISION PROXIMA	NO
ASTENOPIA VISION LEJANA	NO
CANSANCIO	NO
CEFALEA	NO
DISMINUCION AV LEJOS	NO
DISMINUCION AV CERCA	NO
DESVIACION OCULAR	NO
DOLOR OCULAR	NO
ENROJECIMIENTO	NO
EPIFORA	NO
FOTOFOBIA	NO
INVERSION DE NUMEROS Y/O LETRAS	NO
LAGRIMEO	NO
MAREO	NO
PRURITO	NO
RESEQUEDAD	NO
SECRECION	NO
SALTO DE RENGLONES	NO
VERTIGO	NO
VISION DOBLE	NO
OTROS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/50
CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/200
CON CORRECCION OI	20/100
SIN CORRECCION AO	20/50
CON CORRECCION AO	20/20
SIN CORRECCION P.H. OD	
SIN CORRECCION P.H. OI	

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	0.5M
CON CORRECCION OD	0.5M
SIN CORRECCION OI	TITULO
CON CORRECCION OI	2M
SIN CORRECCION AO	0.5M
CON CORRECCION AO	0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL
OJO IZQUIERDO	NORMAL

VALORACION DE CAMPO VISUAL

CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION OD	NORMAL
CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION OI	ALTERACION CAMPO VISUAL TEMPORAL AL TEST AMSLER

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL
OJO IZQUIERDO	NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

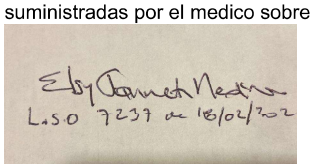
COVER TEST LEJOS	NORMAL
COVER TEST CERCA	NORMAL
PPC	8 CM
REFLEJOS PUPILARES	NORMAL
PRUEBAS SENSORIALES	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OD	NORMAL
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OD	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OI	ANORMAL
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OI	
ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	
DIAGNOSTICO	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO 1	H477: Trastorno de las vías ópticas, no especificado
DIAGNOSTICO 2	H530: Ambliopía ex anopsia
DIAGNOSTICO 3	
RECOMENDACIONES	
REMISION	
OFTALMOLOGIA	1
OBSERVACIONES	POR POSIBLE ALTERACION MACULAR OJO IZQUIERDO
CONTACTOLOGÍA	
OBSERVACIONES	
ORTÓPTICA	
OBSERVACIONES	
OTROS	
OBSERVACIONES	
GENERALES	
USO DE CORRECCIÓN OPTICA	1
OBSERVACIONES	PERMANENTES
LUBRICANTE OCULAR	
OBSERVACIONES	
CONTROL ANUAL	1
OBSERVACIONES	
TRATAMIENTO OPTICO	
OBSERVACIONES	
HIGIENE PALPEBRAL	
OBSERVACIONES	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA	
OBSERVACIONES	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO	
OBSERVACIONES	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA	
OBSERVACIONES	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA	
OBSERVACIONES	
OTROS	1
OBSERVACIONES	RETINOSOPÍA OD -075-125*85 OI -100
OCUPACIONALES	
ERGONOMIA VISUAL	1
OBSERVACIONES	
PAUSAS ACTIVAS OCULARES	1
OBSERVACIONES	CADA DOS HORAS
PROTECCION ULTRAVIOLETA	
OBSERVACIONES	
USO DE MONTURA DE SEGURIDAD	
OBSERVACIONES	
CORRECCION OPTICA	1
OBSERVACIONES	ADECUADAMENTE CORREGIDA CON GAFAS PERMANENTES. REMISION OFTALMOLOGIA
CONTROLES	
MENSUAL	
BIMENSUAL	
TRIMESTRAL	
SEMESTRAL	1

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

ANUAL

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



ELSY JANETH MEDINA SOTO
RM: 65746805 Lic.SO:7237
Firma y sello del médico evaluador

ANYELA TARAZONA GOMEZ
Documento: CC 52481017
Firma del trabajador

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

Dirreción: Cl. 25G # 73B-90
Teléfono: 6028353815
Email: atencionalusuario@lorenavejarano.com

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

TIPO DE EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR **FECHA EXAMEN:** 2024-02-20 08:34:05

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos: ANYELA TARAZONA GOMEZ

Identificación: CC **Número:** 52481017

Fecha de Nacimiento: 1978-09-21 **Edad:** 45

Género: F **RH:** O -

Estado civil: Casado **Escolaridad:** Universitario

Dirección: direccion **Teléfono:** 3163590550

Acompañante: **Tel. Acompañante:**

Empresa: PARTICULAR PART-0 **Cargo:** INSTRUCTORA

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA	ENFASIS CARDIOVASCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
OPTOMETRIA	Valoracion psicologica	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO
HEMOGRAMA IV	TRIGLICÉRIDOS	

CONCEPTO

CONCEPTO	Apto para la labor

RECOMENDACIONES

GENERALES

REMISION A EPS	SI
CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI
INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	SI
CONTROL DE PESO Y NUTRICION	SI
USO DIARIO DE BLOQUEADOR SOLAR	SI
RECOMENDACIONES GENERALES	ADECUADOS HABITOS DE ALIMENTACION, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE, BUENA HIGIENE POSTURAL, DEBE REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO FISICO ANTES , DURANTE Y AL FINALIZAR LA JORNADA LABORAL , ADEMAS REALIZAR PAUSAS LABORALES ACTIVAS POR 5 MINUTOS CADA 2 HORAS DE TRABAJO CONTINUO, DURANTE SUS LABORES SE DEBE PROCURAR MANTENER LOS HOMBROS, CODOS , MANOS Y COLUMNA DENTRO DE LOS ANGULOS DE CONFORT , CITA MEDICA EPS CONTROL METABOLISMO LIPIDOS Y SEGUIR CONTROL P Y P HTA , DEBE USAR CORRECIÓN VISUAL, PAUSAS ACTIVAS

OCUPACIONALES

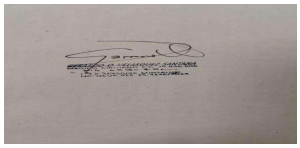
USO DE EPP	SI
PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI
USO DE CORRECCION VISUAL	SI
RECOMENDACIONES ADICIONALES	USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, EXAMEN PERIODICO OCUPACIONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, CAMBIOS POSTURALES DURANTE LA JORNADA LABORAL

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

Dirreción: Cl. 25G # 73B-90
Teléfono: 6028353815
Email: atencionalusuario@lorenavejarano.com

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR



GERARDO VELASQUEZ SANTANA
RM: 79846806
Firma y sello del médico

ANYELA TARAZONA GOMEZ
CC 52481017
Firma del trabajador



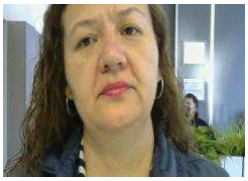
Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

Fecha Atención : 2024-02-20

Fecha impresión : 2024-02-20

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	ANYELA TARAZONA GOMEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	52481017
Fecha de Nacimiento:	1978-09-21	**Edad:**	45
Género:	F	**RH:**	O -
Estado civil:	Casado	**Escolaridad:**	Universitario
Estrato:	4	**Ciudad:**	Bogotá, D.C.
Dirección:	direccion	**Teléfono:**	3163590550
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR PART-0	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Ciudad - Sede:	Bogotá, D.C.	**Sede:**	Bogotá

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN	
ENFASIS	OSTEOMUSCULAR
DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
CARGO	INSTRUCTORA
BOTON ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
ANTECEDENTES PERSONALES	
CONSUMO CIGARRILLOS	NO
CONSUMO ALCOHOL	NO
DEPORTE - EJERCICIO	NO
CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO
UTILIZACION DEL TIEMPO LIBRE	
ANTECEDENTES DE TRABAJO EN ALTURAS	
¿HA LABORADO ALGUNA VEZ EN ALTURAS?	NO
¿USTED CREE QUE PUEDE LABORAR EN ALTURAS?	NO
¿USTED SE SIENTE CAPACITADO PARA LABORAR EN ALTURAS?	NO
¿HA RECIBIDO ALGUN ENTRENAMIENTO PARA LABORAR EN ALTURAS?	NO
¿HA UTILIZADO ALGUNA VEZ ARNES?	NO
¿HA LABORADO EN ESPACIOS CONFINADOS CERRADOS?	NO
CUESTIONARIO DE MIEDO A LAS ALTURAS ANSIEDAD	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
titulo	
GRADO DE ANSIEDAD	
GRADO DE EVITACION	
TEST MINIMENTAL	
PRUEBA	
¿EN QUE AÑO, ESTACION, DIA (NOMBRE Y NUMERO, MES, ESTAMOS?	
¿EN QUE PAIS, PROVINCIA, CIUDAD, LUGAR, PISO, ESTAMOS?	
SE NOMBRAN 3 OBJETOS: SE ENUNCIAN LENTAMENTE Y SE PIDE AL PACIENTE QUE REPITA ESOS NOMBRES (DEBE REPETIRLOS HAS QUE APRENDA LOS 3)	
SE LE PIDE QUE CUENTE DE 7 EN 7 HACIA ATRAS (5 SALTOS) O QUE DELETREE LA PALABRA (FILTRO) EN SENTIDO INVERSO	
SE LE SOLICITA NOMBRAR 3 DE LOS OBJETOS MENCIONADOS ANTES, SIN RELACION ENTRE SI	
SE LE PIDE DESCRIBIR LO QUE SE LE MUESTRA; POR EJEMPLO UN LAPIZ O UN RELOJ	
SE LE HACE REPETIR LA FRASE (LOS PEROS, LOS PROSY LOS CONTRAS)	
DEBE EJECUTAR UNA ORDEN DE 3 PASOS (1 PUNTO CADA UNO); POR EJEMPLO:(TOME UNA HOJA, DOBLELA Y PONGALA EN EL PISO)	
DESPUES DE LEERLA, DEBE CUMPLIR LA ORDEN DE (CIERRA LOS OJOS)	
SE LE PIDE ESCRIBIR UNA ORACION SENCILLA	
SE LE HACE COPIAR PENTAGONOS QUE SE ENTRECRUZAN	
TOTAL	
INTEPRETACION	
ESTADO MENTAL DEL TRABAJADOR	
TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS	
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES	
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	
TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS	
RETRASO MENTAL	
TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO (TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS)	
PARANOIDE	
NARCICISTA ANSIOSO (DE EVITACIÓN)	
EZQUIZOIDE	

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

POR DEPENDENCIA	
EZQUIZOTÍPICO	
A NANCÁSTICO (OBSESIVO COMPULSIVO)	
HISTRIÓNICO	
CAMBIOS PERDURABLES DE LA PERSONALIDAD	
ASOCIAL DE LA PERSONALIDAD INESTABLE (FRONTERIZO)	

VALOR DE LA ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Titulo	

SITUACION

SENTADO LEYENDO	
MIRANDO TV	
SENTADO E INACTIVO EN UN LUGAR PUBLICO	
COMO PASAJERO EN UN CARRO DURANTE UNA HORA DE MARCHA CONTINUA	
ACOSTADO, DESCANSANDO EN LA TARDE	
SENTADO Y CONVERSANDO CON ALGUIEN	
SENTADO, TRANQUILO, DESPUES DE UN ALMUERZO SIN ALCOHOL	
EN UN CARRO, MIENTRAS SE DETIENE UNOS MINUTOS EN UN TRANCON	
TOTAL	
INTERPRETACION	

VALORACION PSICOLOGICA

VALORACION PSICOLOGICA	

ESTADO DE SALUD ACTUAL

ESTADO DE SALUD ACTUAL	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
RECOMENDACIONES	
OBSERVACIONES	

CONCEPTO PSICOLOGICO DEL TRABAJO EN ALTURAS

ESTADO MENTAL	
ESTADO EMOCIONAL	
EXPERIENCIA	
IDENTIFICACION DE RIESGOS	
ENTIENDE INSTRUCCIONES	
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES	

RESULTADO VALORACION PSICOLOGICA

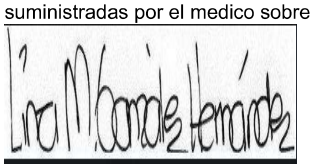
ALTURAS	NO APLICA
CONFINADOS	NO APLICA
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





LINA MARGARITA GONZáLEZ HERNáNDEZ
RM: 1082846885
Firma y sello del médico evaluador

ANYELA TARAZONA GOMEZ
Documento: CC 52481017
Firma del trabajador

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

Anyela Tarazona Gómez

CC.52481017

ENTREVISTA INGRESO PSICOLÓGICA

Laboratorio Vejarano

20/02/2024

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Femenino
45 años
Casado
Instructor virtual
2 años de antigüedad en el cargo.

CONCEPTO

APROBADO

DIMENSIONES

Informacion general

El presente informe psicotécnico tiene como objetivo presentar una evaluación de las capacidades laborales y psicológicas que posee una persona para desempeñarse en un puesto de trabajo determinado.

Cabe aclarar que esta NO es una evaluación clínica, sino que se valoran algunas variables realcionadas con rasgos de la personalidad para determinar si las habilidades de la persona se adecuan a las funciones del puesto de trabajo.

Área Familiar

Refiere que su familia se encuentra constituida por pareja e hijos, reportando relaciones cercanas, con buenas estrategias para la resolución de conflictos. Niega impacto en su escenario familiar por causa del trabajo.

Factores Extralaborales

Indica alta exigencia en las tareas extralaborales.
Niega influencia del trabajo en el entorno extralaboral.

FACTORES OCUPACIONALES

Factores Clínicos Ocupacionales

No manifiesta presencia de trastornos psicóticos, trastornos depresivos y/o ansiosos, no refiere padecer de Trastornos de la Personalidad. No reporta recibir ningún tratamiento médico, psicológico, neurológico o psiquiátrico.
Niega haber tenido accidente laboral.
Niega dependencia a sustancias psicotrópicas y/o abuso del alcohol.
No refiere eventos estresores en los últimos 6 meses.

RECOMENDACIONES

Ninguna

Evaluador

Lina Margarita González Hernández
Psicóloga Especialista en SST
Resolución 059 de 27-07-2020

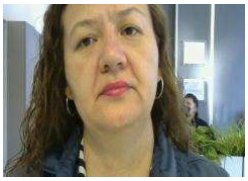
Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

Fecha Atención : 2024-02-20

Fecha impresión : 2024-02-20

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	ANYELA TARAZONA GOMEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	52481017
Fecha de Nacimiento:	1978-09-21	**Edad:**	45
Género:	F	**RH:**	O -
Estado civil:	Casado	**Escolaridad:**	Universitario
Estrato:	4	**Ciudad:**	Bogotá, D.C.
Dirección:	direccion	**Teléfono:**	3163590550
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR PART-0	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Ciudad - Sede:	Bogotá, D.C.	**Sede:**	Bogotá

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA CITA

TIPO EXAMEN

ENFASIS	OSTEOMUSCULAR

EMPRESA

RAZON SOCIAL	
CIUDAD DE ORIGEN	BOGOTA D.C
CARGO	
PROFESION y/u OCUPACION	
FECHA DE INGRESO	
AREAS DE TRABAJO	
TURNOS DE TRABAJO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

HA TRABAJADO ANTERIORMENTE	SI
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
¿REPORTA ACCIDENTE DE TRABAJO?	
¿REPORTA ENFERMEDAD LABORAL?	

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIARES

ACCIDENTES CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE
ENFERMEDAD TIROIDEA	NO REFIERE
CANCER	NO REFIERE
SORDERA CONGENITA	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE
CARDIOPATIAS	NO REFIERE
DIABETES	NO REFIERE
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	NO REFIERE
SINDROME CONVULSIVO	NO REFIERE
ENFERMEDAD MENTAL	NO REFIERE
ENFERMEDAD RENAL	NO REFIERE
ULCERA	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE
MALFORMACIONES	NO REFIERE
ARTRITIS	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE
CEGUERA COGENITA	NO REFIERE
OTROS	NIEGA PATOLOGIAS

ANTECEDENTES PERSONALES

PERSONALES

ALTERACIONES DE PESO Y OTROS	NO REFIERE
DERMATOLOGICOS	NO REFIERE
VISUALES	NO REFIERE
AUDITIVOS	NO REFIERE
RESPIRATORIOS	NO REFIERE
CARDIOVASCULAR	SI Observaciones: HTA DX HACE 8 AÑOS
GASTROINTESTINAL	NO REFIERE

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

GENITOURINARIO	NO REFIERE
RENAL	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE
TRAUMATICOS	NO REFIERE
NEUROLOGICO	NO REFIERE
ENDOCRINO	NO REFIERE
CANCER	NO REFIERE
MAMAS	NO REFIERE
INFECCIONES	NO REFIERE
HEMATOLOGICOS	NO REFIERE
PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
HOSPITALARIOS Y QUIRURGICOS	SI Observaciones: CESAREAS 1

FARMACOLOGICOS

DETALLES	TRAUMATICOS NO REFIERE FARMACOLOGICOS LOSARTAN 50 X 2

ALERGICOS Y TRANSFUNSIONALES

AMBIENTALES	NO REFIERE
ANIMALES	NO REFIERE
COMIDAS	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE
TRANSFUSIONALES	NO REFIERE
OTROS	ALERGICOS : NIEGA A MEDICAMENTOS O OTRAS SUSTANCIAS Ó ALERGENOS EXTERNOS

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

MENARQUIA	14
CICLOS	28/7 CCV 2023 NEGATIVA NEO
DISMENORREA	NO
MENOPAUSIA	NO
FUM	01/02/24
FECHA DE ULTIMO EMBARAZO	26/06/2013
ENFERMEDAD DE SENO	NO
PLANIFICACION	SI Observaciones: DIU
FUPARTO	0
GESTACIONES	2
CESAREA	1
PARTOS	1
ABORTOS	0
MORTINATOS	0
ECTOPICOS	1
VIVOS	1

INMUNIZACIONES

VACUNAS

APORTA CARNET	
H1N1	No Refiere
FIEBRE AMARILLA	No refiere
FIEBRE TIFOIDEA	No refiere
HEPATITIS A	No refiere
HEPATITIS B	No refiere
INFLUENZA	No refiere
MENINGOCOCO	No refiere
NEUMOCOCO	No refiere
RABIA CURATIVA	No refiere
RABIA PREVENTIVA	No refiere
RUBEOLA	No refiere
SARAMPION	No refiere
TETANOS	No refiere
TRIPLE VIRAL	No refiere
VARICELA	No refiere
VPH	No refiere
COVID	3ra Observaciones: 3 COVID SINOVAC

HABITOS

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

PRACTICA DEPORTE	NO

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

FRECUENCIA DEPORTE	NO HACE EJERCICIO
LESIONES DEPORTIVAS	NO
OTRAS ACTIVIDADES EXTRALABORALES	NO
TABAQUISMO	
FUMA	NO
CIGARRILLOS DIA	
EXFUMADOR	NO
HACE CUANTO DEJO	
FRECUENCIA	NO APLICA
ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS	
ALCOHOL	NO
ALCOHOL FRECUENCIA	
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO
ENFERMEDAD ACTUAL	
ENFERMEDAD ACTUAL	ACTTE ASINTOMATICA INGRESA PARA EMO
REVISION POR SISTEMAS	
ORGANO O SISTEMA	
ORGANOS DE LOS SENTIDOS	NO REFIERE
CARDIORESPIRATORIO	NO REFIERE
GASTROINTESTINAL	NO REFIERE
GENITOURINARIO	NO REFIERE
NEUROLOGICO	NO REFIERE
PIEL Y FANERAS	NO REFIERE
LOCOMOTOR	NO REFIERE
MENTAL	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE
HEMATOLOGICO Y LINFATICO	NO REFIERE
ORGANO O SISTEMA	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE
EXAMEN FISICO	
INFORMACION GENERAL	
PESO (kg)	73
TALLA (cm)	172
INDICE MASA CORPORAL(IMC)	24.68
CLASIFICACION	Peso Normal
PRESION ARTERIAL SENTADO (MMHG)	130/70
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	130
PRESION ARTERIAL ACOSTADO	130/70
PRESION ARTERIAL DE PIE	130/70
FRECUENCIA CARDIACA (min)	78
RITMICO	SI
PULSO (min)	78
FRECUENCIA RESPIRATORIA (min)	20
PERIMETRO ABDOMINAL(cm)	77
TEMPERATURA	36.4
SATURACION	.
DOMINANCIA	
DOMINANCIA	DIESTRO
ORGANO O SISTEMA	
ASPECTO GENERAL	NORMAL
PIEL Y FANERAS	NORMAL
CABEZA	NORMAL
CARA	NORMAL
OJOS	
GLOBO OCULAR	NORMAL
PARPADOS	NORMAL
CONJUNTIVAS	NORMAL
ESCLEROTICAS	NORMAL
PUPILAS	NORMAL
CORNEAS	NORMAL
FONDO DE OJO	NORMAL
OIDOS	
PABELLON	NORMAL
OTOSCOPIA	NORMAL
NARIZ	
TABIQUE	NORMAL
MUCOSAS	NORMAL

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

CORNETES	NORMAL
SENOS PARANASALES	NORMAL
BOCAFARINGE	
LABIOS	NORMAL
LENGUA	NORMAL
FARINGE Y AMIGDALAS	NORMAL
ATM	NORMAL
PALADAR	NORMAL
DENTADURA	NORMAL
OTRO	NORMAL
CUELLO-TORAX	
CUELLO/TIROIDES	NORMAL
TORAX	NORMAL
CARDIORESPIRATORIO	
PULMONES	NORMAL
CORAZON	NORMAL
GASTROINTESTINAL	
ABDOMEN	NORMAL
VISCERAS	NORMAL
NEUROLOGICO	
NEUROLOGICO	NORMAL
TEST VERTIGO	NORMAL
ROMBERG	
ROMBERG SENSIBILIZADO	
UNTERBERGER	
LOCOMOTOR	
LOCOMOTOR	NORMAL
GENITOURINARIO	
GENITALES	NORMAL
HERNIAS	PRESENTE
EXTREMIDADES	
MIEMBROS SUPERIORES	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
TINEL	NEGATIVO
PHALEN	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
VARICES(GRADO)	AUSENTE
ESTADO MENTAL	
ESTADO MENTAL APARENTE	NORMAL
OTROS	
OTROS	NORMAL
EXAMEN OSTEOARTICULAR	
BALANCE PELVICO	NORMAL
DESVIACION LATERAL	NO DESVIACION
LONGITUD REAL MIEMBROS INFERIORES	
DERECHA	
IZQUIERDA	
EXAMEN	
EXAMEN OSTEOARTICULAR	NORMAL
EXAMEN DE COLUMNA	
INSPECCION	
INSPECCION	NORMAL
SIMETRIA(PA)	NORMAL
CURVATURA(lat)	NORMAL
PALPACION	
PALPACION	NORMAL
ESPASMO	NO PRESENTA
MOVILIDAD	
MOVILIDAD	NORMAL
FLEXION	NORMAL
EXTENSION	NORMAL
FLEXION LATERAL	NORMAL
ROTACION	NORMAL
MARCHA	
MARCHA	NORMAL

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

POLIGONO DE SUSTENTACION	NORMAL
PUNTAS	NORMAL
TALONES	NORMAL
SIGNO	
LASSEGUE	NEGATIVO
TEST DE WELLS	
TEST DE WELLS	NORMAL
TEST DE SHOBER	
TEST DE SHOBER	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y FUERZA MUSCULAR	
EXAMEN DE REFLEJOS	NORMAL
DIAGNOSTICOS	
DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	NO APLICA
DIAGNOSTICO 2	I10X: Hipertensión esencial (primaria)
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 3	Z011: Examen de oídos y de la audición
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	NO APLICA
DIAGNOSTICO 4	H522: Astigmatismo
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 5	H477: Trastorno de las vías ópticas, no especificado
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 6	H530: Ambliopía ex anopsia
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 7	E780: Hipercolesterolemia pura
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
IMPRESION DIAGNOSTICA	
OBSERVACIONES	
EXAMENES PARACLINICOS	
ESPIROMETRIA	
ELECTROCARDIOGRAMA	
RADIOGRAFIA TORAX	
RADIOGRAFIA COLUMNA	
PRUEBA PSICOLÓGICA	aprobado
AUDIOMETRIA	AUDICION NORMAL BILATERAL
VISIOMETRIA	
OPTOMETRIA	ADECUADAMENTE CORREGIDA CON GAFAS PERMANENTES. REMISION OFTALMOLOGIA
OTROS	labs prfil lipidic hipercolesterolemia glicemia 82 mg/dl
CONCEPTO	
CONCEPTO	Apto para la labor
CONCEPTO ESPECIFICO	
Sin restricciones médicas para trabajo en alturas	
Sin restricciones médicas para trabajo en espacios confinados	
Sin restricciones médicas para trabajo con riesgo eléctrico	
Sin restricciones médicas para trabajo en temperaturas extremas	
Sin restricciones médicas para conducción de vehículos	
Sin restricciones médicas para manipulación de alimentos	
Sin restricciones médicas para operar puente grua y montacarga	
Sin restricciones médicas para brigadista	
Sin restricciones para trabajo en horario nocturno	
Sin restricciones para manipulación de cargas	
Sin Restricciones para trabajo con radiaciones ionizantes	
RESTRICCIONES	
TRABAJO EN ALTURAS (MAYOR A 1.5 MTS DESDE EL PISO)	
OBSERVACIONES	
TRABAJO EN ALTURAS (MAYOR A 2.0 MTS DESDE EL PISO)	
OBSERVACIONES	
TRABAJO EN ALTITUDES MAYOR A 2.500 MTS SNM	
OBSERVACIONES	
TRABAJO EN TEMPERATURAS EXTREMAS	
OBSERVACIONES	
TRABAJO CON RIESGO ELÉCTRICO	
OBSERVACIONES	
TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	
OBSERVACIONES	
TRABAJO EN SITIOS CON RECURSOS MÉDICOS LIMITADOS	

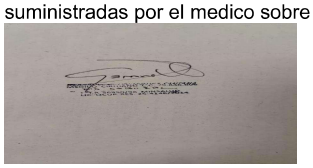
Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

OBSERVACIONES	
VIAJES	
OBSERVACIONES	
PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS.	
OBSERVACIONES	
PARA LEVANTAMIENTO DE CARGAS	
OBSERVACIONES	
PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	
OBSERVACIONES	
PARA BRIGADISTA	
OBSERVACIONES	
OTRAS	
RESTRICCIONES ADICIONALES	
RECOMENDACIONES	
GENERALES	
REMISION A EPS	1
OBSERVACIONES	
CONTINUAR MANEJO MEDICO	1
OBSERVACIONES	
COMPLEMENTAR ESQUEMA DE VACUNACION	
OBSERVACIONES	
INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	1
OBSERVACIONES	
SUSPENDER TABAQUISMO	
OBSERVACIONES	
REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	
OBSERVACIONES	
CONTROL DE PESO Y NUTRICION	1
OBSERVACIONES	
USO DIARIO DE BLOQUEADOR SOLAR	1
OBSERVACIONES	
CALIFICACION DE ORIGIEN EPS / ARL	
OBSERVACIONES	
OTRAS	
OBSERVACIONES	
RECOMENDACIONES GENERALES	ADECUADOS HABITOS DE ALIMENTACION, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE, BUENA HIGIENE POSTURAL, DEBE REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO FISICO ANTES , DURANTE Y AL FINALIZAR LA JORNADA LABORAL , ADEMAS REALIZAR PAUSAS LABORALES ACTIVAS POR 5 MINUTOS CADA 2 HORAS DE TRABAJO CONTINUO, DURANTE SUS LABORES SE DEBE PROCURAR MANTENER LOS HOMBROS, CODOS , MANOS Y COLUMNA DENTRO DE LOS ANGULOS DE CONFORT , CITA MEDICA EPS CONTROL METABOLISMO LIPIDOS Y SEGUIR CONTROL P Y P HTA , DEBE USAR CORRECIÓN VISUAL, PAUSAS ACTIVAS
RECOMENDACIONES ADICIONALES	
OCUPACIONALES	
SEGUIMIENTO POR ARL	
OBSERVACIONES	
INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
OBSERVACIONES	
USO DE EPP	1
OBSERVACIONES	
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	
OBSERVACIONES	
PAUTAS ERGONOMICAS	1
OBSERVACIONES	
PAUSAS ACTIVAS	1
OBSERVACIONES	
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE CARGAS	
OBSERVACIONES	
USO DE CORRECCION VISUAL	1
OBSERVACIONES	
OTRAS	
OBSERVACIONES	
RECOMENDACIONES ADICIONALES	USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, EXAMEN PERIODICO OCUPACIONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, CAMBIOS POSTURALES DURANTE LA JORNADA LABORAL

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





GERARDO VELASQUEZ SANTANA
RM: 79846806
Firma y sello del médico evaluador

ANYELA TARAZONA GOMEZ
Documento: CC 52481017
Firma del trabajador

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

AUDIOMETRIA

Fecha de impresión: 2024/02/20
www.laboratoriovejarano.com

TIPO DE EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR **FECHA EXAMEN:** 2024-02-20 07:46:25

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos: ANYELA TARAZONA GOMEZ
Identificación: CC **Número:** 52481017
Fecha de Nacimiento: 1978-09-21 **Edad:** 45
Género: F **RH:** O -
Estado civil: Casado **Escolaridad:** Universitario
Dirección: direccion **Teléfono:** 3163590550
Acompañante: **Tel. Acompañante:**
Empresa: PARTICULAR PART-0 **Cargo:** INSTRUCTORA

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE
EXPUESTO A RUIDO	NO REFIERE

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1	
EXPOSICION A SOLVENTES	NO
TIPO	NO APLICA
EMPRESA 2	
EXPOSICION A SOLVENTES	NO
TIPO	NO APLICA
EMPRESA 3	
EXPOSICION A SOLVENTES	NO
TIPO	NO APLICA

ANTECEDENTES AUDITIVOS

CUESTIONARIO AUDITIVO	
OYE BIEN	SI
LE MOLESTA EL RUIDO INTENSO	NO
OYE MEJOR POR UN OIDO QUE POR EL OTRO	NO
AL CONVERSAR SOLICITA QUE LE REPITAN	NO
DEBE AUMENTAR EL VOLUMEN DEL TV O RADIO	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS	NO
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI
RESULTADO	NORMAL
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	2024
PERSONALES	
CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE
HIPOACUSIA	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE
MENINGITIS	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE
OTITIS	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE
OTORREA	NO REFIERE
OTOTOXICOS	NO REFIERE
PARALISIS FACIAL	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE
PRURITO	NO
RINITIS	NO

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA	NO REFIERE
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE
SINUSITIS	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO
TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE
VERTIGO	NO
OTROS	NO
VIBRACION CONTINUA	NO
ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO	
USO DE AUDIFONOS PERSONALES	NO
DISCOTECA (CADA 8 DIAS)	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO
MOTOCICLISMO	NO
SERVICIO MILITAR	NO
JUGAR TEJO	NO
POLIGONO	NO
USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO	NO
OTROS	NO

ANTECEDENTES MEDICOS

CONSUMO DE CIGARRILLO	NO
DIABETES	NO
ENFERMEDADES AUTOINMUNES (ARTRITIS REUMATOIDES, LES)	NO
EXPOSICION A EXPLOSIONES	NO
EXPOSICION A QUIMICOS	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
HIPOTIROIDISMO	NO
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO
TUMORES S.N.C.	NO
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	NO
TUBERCULOSIS	NO
OTROS	NO

OTOSCOPIA

PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL
PABELLON AURICULAR - OI	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OI	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO
TAPON CERUMEN - OI	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO
PERFORACION TIMPANICA - OI	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OD	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OI	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OD	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OI	NO
SUPURACION - OD	NO
SUPURACION - OI	NO
CUERPOS EXTRANOS - OD	NO
CUERPOS EXTRANOS - OI	NO

EQUIPO

TIEMPO DE REPOSO	8 HORAS
USO DE CABINA	X
EQUIPO	PICCOLO

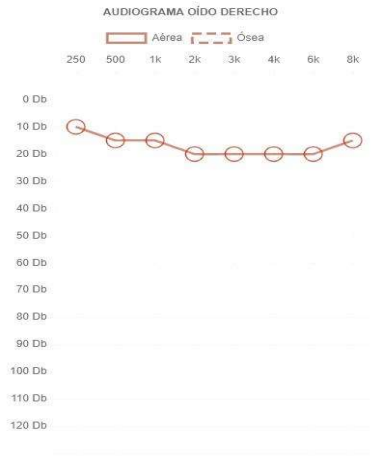
AUDIOGRAMA

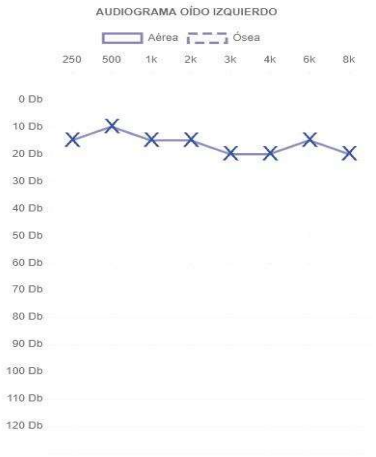
Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

AUDIOMETRIA

Fecha de impresión: 2024/02/20
www.laboratoriovejarano.com





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD	10			15			15			20			20			20			20			15		
OI	15			10			15			15			20			20			15			20		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

INTERPRETACION

PTA OD (500, 1K, 2K y 3K) 17.5
PTA OI (500, 1K, 2K y 3K) 15

ANALISIS COMPARATIVO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1 Z011: Examen de oídos y de la audición
OBSERVACIONES AUDICION NORMAL BILATERAL

RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E. X
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL X

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

CAROLINA SILVA VARGAS
RM: 5205591
Firma y sello del médico evaluador

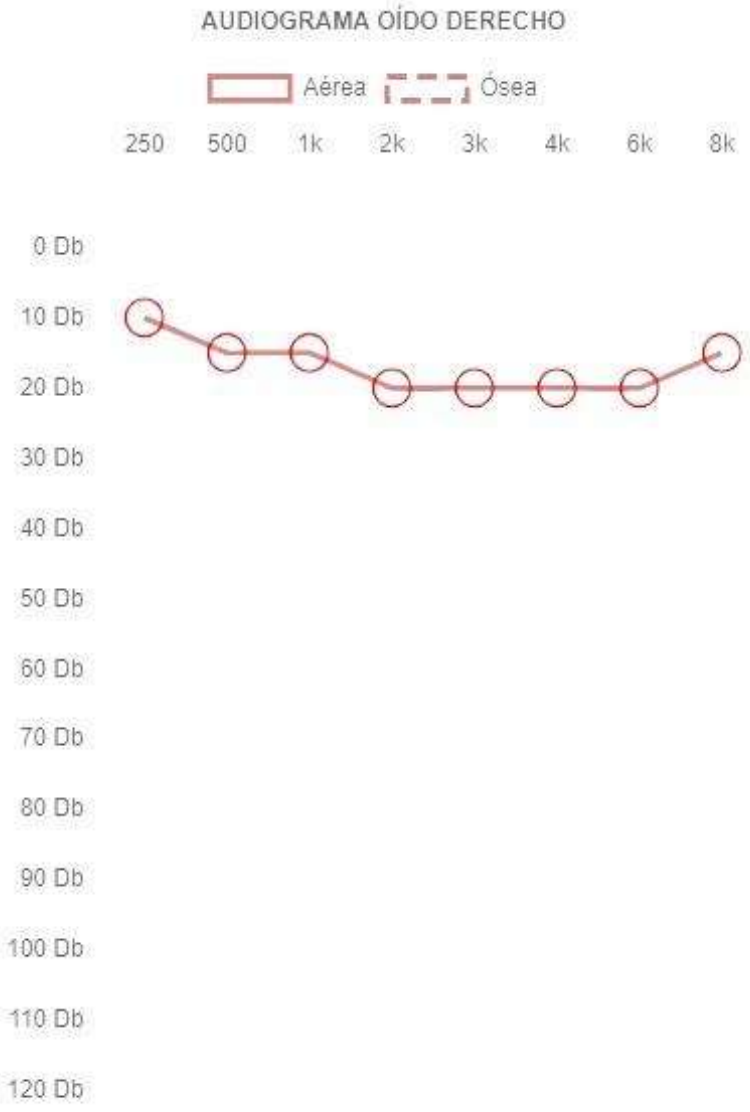
ANYELA TARAZONA GOMEZ
CC 52481017
Firma del trabajador evaluado



Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

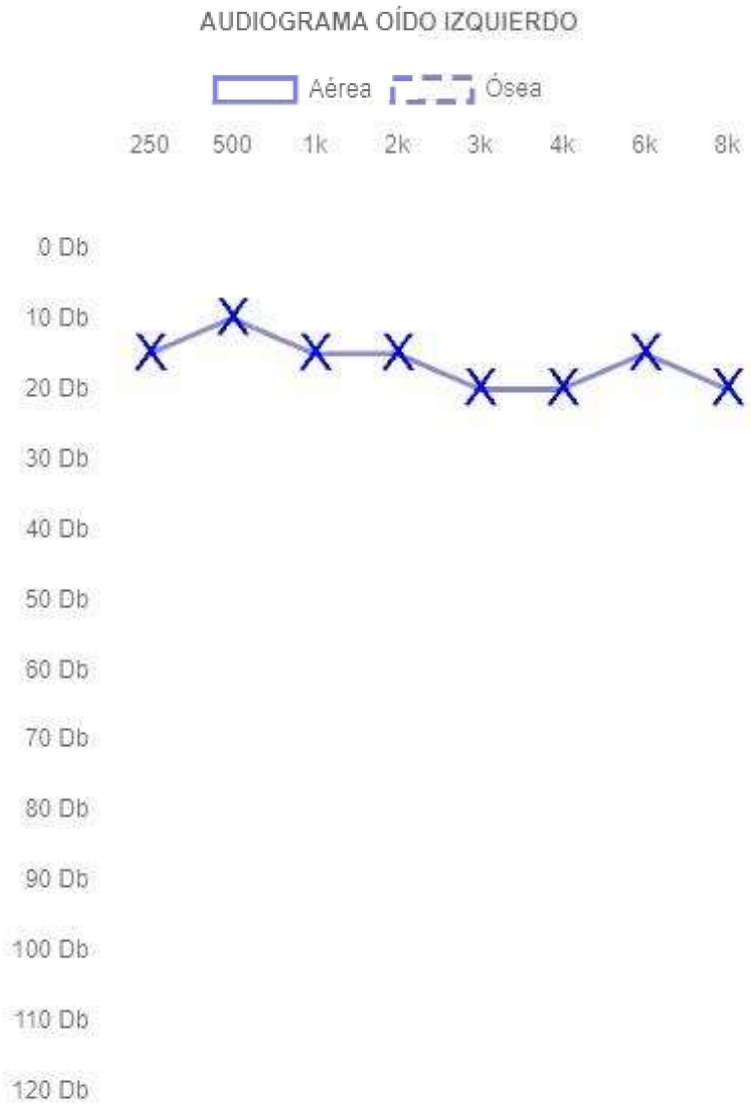
Imagenes anexas



Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

Imagenes anexas



Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

De: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Enviado: viernes, 23 de febrero de 2024 7:51
Para: Anyela Tarazona Gomez <atarazonag@sena.edu.co>
Cc: Yuliet Daniela Aros Romero <yaros@sena.edu.co>; Paola Amado Angulo <pamado@sena.edu.co>
Asunto: VALIDACION EXAMENES MEDICOS PRE-OCUPACIONALES ANYELA TARAZONA

Buenos días, respetada señora **Anyela Tarazona Gomez**

De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual de instructor.

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

De: Anyela Tarazona Gomez <atarazonag@sena.edu.co>
Enviado el: jueves, 22 de febrero de 2024 13:19
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Asunto: EXAMENES OCUPACIONALES ANYELA TARAZONA

> No suele recibir correos electrónicos de anyela.tarazona@aviatur.com. Por qué esto es importante

Buen dia Estimada, Edilma

Cordial Salud,

En adjunto encontraras reporte de exámenes médicos para validación y visto bueno.

Quedo atenta a comentarios.

Anyela Tarazona Gomez

Centro De Gestión De Mercados, Logistica Y Tecnologías - Contratista

atarazonag@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 6461500

Calle 52 No 13-65

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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, **ANYEA TARAZONA GOMEZ** identificado con **CC** No. **52481017**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 31/01/2024 **Fecha de inicio de cobertura:** 31/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 23/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **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): 20240101224770.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VAS_4_1_3_FR15 v_07

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 29 de 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.	**1019908069**	**SAMARA MEDINA TARAZONA**	**HIJO**

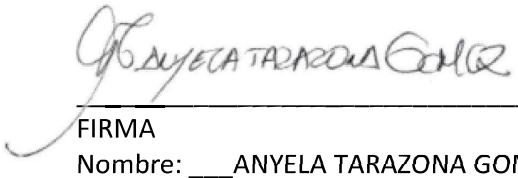
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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.

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

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: ___ANYELA TARAZONA GOMEZ__
C.C. _52.481.017__

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com

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

NUIP 1019908069

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53202100

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número 42 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 5 F

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTÁ D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA	TARAZONA

Nombre(s): SAMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes JUN Día 26	FEMENINO	O	NEGATIVO

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12183047-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: TARAZONA GOMEZ ANYELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 52.481.017 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MEDINA RONCANCIO SAMIR ALVEIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 79.910.923 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MEDINA RONCANCIO SAMIR ALVEIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 79.910.923 DE BOGOTA D.C	

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 2013 Mes JUN Día 27	NOHORA EMILCE AGUILAR BECERRA (E) 42
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
----------	----------
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO
NOTARIA CUARENTA Y DOS

República de Colombia 42 Nohora Emilce Aguilar Becerra Notaria Encargada Círculo Notarial de Bogotá

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Printed with FinePrint trial version - purchase at www.fineprint.com