SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**20739-846843**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MILENA ORTIZ CABRERA	**C.C.**	40.079.436	**IP/Nº de contacto**	83030
Correo electrónico contratista:	mortiz634@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:	BANCOLOMBIA	**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**		46613844210	
		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:	5903719/2024		**Nº Compromiso SIIF**	**19024**	
Valor Total del Contrato	$ 51.784.700	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 51.784.700	**1**	**Del** 14/02/2024 **Al**	29/02/2024	**$ 2.761.851,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 49.022.849		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para impartir acciones de Formación Profesional integral en el área Técnicas para el establecimiento y manejo de la agricultura urbana, bajo el enfoque por competencias laborales en los programas de formación complementaria asignados que oferte el Centro Tecnológico de la Amazonia en los diferentes municipios del

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.761.851	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	**$ 2.761.851**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.783.313**	**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	----------	**4540340181**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 13.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 690.462	$ -	
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	$ 594.438	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.783.313,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.391.351,00	
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	14.348,00	0,600%
-	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	**$2.747.503,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecutar acciones de formación profesional integral bajo desarrollo y competencias laborales en fichas:2917303,2920156
Reporte en el sistema Sofia plus las actividades de crear ruta y asociar fichas: 2917303,2920156
Cumplí con los formatos y procedimientos establecidos en la plataforma compromiso: planilla si contratista
Realice de forma virtual los cursos de manual de discapacidad, Inducción en seguridad y salud en el trabajo, Capacitación de protocolo De bioseguridad, la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo, la capacitación Módulo 2 - Riesgo en el Puesto de trabajo y medidas de prevención, Tambien participe de la reunion de instructores el dia 14 de Febrero temas puntuales sobre sobre la ejecución 2024, participe de la capacitación de Sinergia iniciativas genero- Municipio donde impartí formación en Florencia Recurso Nación
Anexo informe de actividades del mes de Febrero del 2024 y la planilla del mes de Febrero N° 4540340181

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.

MILENA ORTIZ CABRERA
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,

OLGA MARCELA SOTO GUTIERREZ
INSTRUCTOR G16

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

HELMAN CASTAÑEDA CASTAÑEDA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40079436
NOMBRES Y APELLIDOS	Ortiz Cabrera,Milena
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ortiz Cabrera,Milena , a los 29 días del mes de enero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14943716899

(415)7707212489984(8020) 000001494371689 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 0 7 9 4 3 6	3	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	CABRERA	MILENA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
MINIMERCADO Y AUTOSERVICIO MERKA ECONOMIA YAPURA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 15 A 4 ESTE 81 BRR VENTILADOR

42. Correo electrónico: mileorca2726@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 9 4 8 5 7 8	3 1 1 7 9 4 2 9 8 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 0 0 2 1 5	4 7 1 1	2 0 1 8 0 7 2 8	4 7 2 3	4 7 1 9	2 3 1 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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 04 / 10 : 15: 51

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 ORTIZ CABRERA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40079436
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MILENA ORTIZ CABRERA ORTIZ CABRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO:	4000000
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:		**4540340181**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/02/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997750396

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 331.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 331.500	$ 0	$ 331.500
SUBTOTALES:										**$ 331.500**	**$ 0**	**$ 331.500**

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	$ 259.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 0	$ 259.000
SUBTOTALES:													**$ 259.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 259.000**

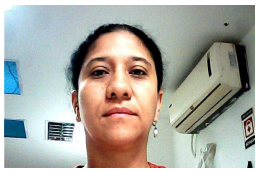
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.700	$ 21.700	$ 0	$ 0	$ 21.700
SUBTOTALES:									**$ 21.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 21.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 40079436	ORTIZ CABRERA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.071.400				NO	01																230301-PORVENIR	30	$ 2.071.400	$ 331.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 331.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.071.400	$ 259.000	$ 0	$ 259.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.071.400	40079436	$ 21.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 612.200**



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Milena Ortiz Cabrera	40079436	34411
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	26/10/1980
Direccion:	CALLE 15A # 3 ESTE - 48 B/ VENTILADOR		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
65653	Femenino	43	Años	Casado	Profesional Universitari	FLORENCIA	26/01/2024 07:58:08

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE II		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION	PLEOMORFICO:	☐	ENDOMORFICO:	☐	ECTOMORFICO:	☐	
2. POSTURA	NORMAL:	☑	ASIMETRICA:	☐			
3. CURVATURA COLUMNA	NORMAL:	☑	NO:	☐			
4. MARCHA	NATURAL:	☑	RIGIDEZ:	☐	COJERA:	☐	
5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
6. PALPACION							
a. APOFISIS ESPINOSAS:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
d. MUSCULOS PARAESPINALES:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
7. PERCUSION							
EXAMEN FUNCIONAL							
FLEXION							
GRADO I:	☐	GRADO II:	☐	GRADO III:	☑	GRADO IV:	☐
PRUEBA DE SCHOBER			MAYOR DE 5 CMS (N):	☑	MENOS DE 5 CMS:	☐	
EXTENSION							
INCLINACION LATERAL							
ROTACION Y FLEXION			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER			RELAJACION PV:	☑	CONTRACTURA PV:	☐	
CUNCLILLAS							
ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐	
ESCOLIOSIS:			SI:	☐	NO:	☑	
MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:			TONO NORMAL:	☑	DEBILIDAD:	☐	
MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:			TONO NORMAL:	☑	DEBILIDAD:	☐	

LONGUITUD APARENTE:

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES: _____ _____

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR MUSLO: _____ _____

PRUEBA LASEGUE: POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1:	● N	○ AN
DERMATOMA L4:	● N	○ AN
DERMATOMA L5:	● N	○ AN
DERMATOMA S1:	● N	○ AN
DERMATOMA S2:	● N	○ AN
DERMATOMA S3:	● N	○ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO:	● N	○ AN
CUADRICEPS:	● N	○ AN
TIBIAL ANTERIOR:	● N	○ AN
EXTENSOR PPIO DEL PULGAR:	● N	○ AN
ADUCTORES DE CADERA:	● N	○ AN
GLUTEO MEDIANO:	● N	○ AN
GLUTEO MAYOR:	● N	○ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO:	● N	○ AN
REFLEJO AQUILIANO:	● N	○ AN

ARTICULACION SACROILIACA		
FABERE:	○ POS	● NEG
MANGO DE BOMBA:	○ POS	● NEG

OBSERVACIONES:

Wed Jan 2024 01/17/24 14:39:38

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C.
1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019

Fri Jan 2024 01/26/24 07:35:12

Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE OPTOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Milena Ortiz Cabrera **Fecha:** 26/01/2024 12:00:00 AM **SID-VISIO : 35629**
No. Identificacion: 40079436 **Empresa:** PARTICULAR/SENA Particular
Edad: 43 Años **Sexo:** Femenino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTORA Ingreso



Cargo: INSTRUCTORA Area: No Refiere Antiguedad: INGRESO
A. Personales Visuales: No Refiere
A. Familiares Visuales: No Refiere
A. Ocupacionales Visuales: No refiere
Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral
Usa Anteojos: ○ Si ● No Bifocal: ○ Si ● No LDC: ○ Si ● No
Tipo de Uso : NO APLICA Trae Rx: ○ Si ● No

Ultimo Examen: 1 MES Ultimo Diagnostico: Examen Normal

RX EN USO TIPO DE LENTE: NINGUNO

OD: No **AV:** No
OI: No **AV:** No

Sintomatologia: ASINTOMATICO

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion			PH
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA		V. PROXIMA	
O.D.:			O.D.:	20/20	1.25M	O.D.:
O.I:			O.I:	20/20	1.25M	O.I:
A.O:			A.O:	20/20	1.25M	A.O:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO
Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal
Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: SANO **OI:** SANO

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: _____ **ME:** _____

OI: _____ **ME:** _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: N **AV:** 20/20

OI: N **AV:** 20/20

Retinoscopia Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: NORMAL **OI:** NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X **Anormal:** _____

◯ Corregido ● No Corregido ◯ Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	**ESFERICO**	**CILINDRICO**	**EJE**	**A.V.**
LEJOS	DERECHO	NEUTRO		°	20/20
	IZQUIERDO	NEUTRO		°	20/20
CERCA	DERECHO	+1,25		°	0,5
	IZQUIERDO	+1,25		°	0,5
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE:	PROGRESIVO				
CLASE DE FILTRO:	ANTIRREFLEJO				

Clasificación: **Amétrope No Corregido**

Conducta: DISMINUCION AGUDEZA VISUAL DE CERCA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Impresion Diagnostica PRESBICIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: PAUSAS ACTIVAS, USO CORRECCION OPTICA PARA VISION PROXIMA, CONTROL EN UN AÑO.

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- Res. No. 0052
Sat Jan 2024 01/13/24

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE
Fri Jan 2024 01/26/24 07:39:12



Indice Derecho

ClíPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: MILENA ORTIZ CABRERA **SID : 30334**

No. Identificacion: 40079436

Edad: 43 Años **Sexo:** Femenino

Nro. Ordenamiento: 73751 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 26/01/2024 07:44:14

Fecha de Impresion: 26/01/2024 05:48:19 pm

Entidad: PARTICULAR/SENA

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	187.00	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	50.00	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	110.00	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	22	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	115	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	3.7		0 - 5.7
2. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	106.00	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl

ANDREA CRUZ

Validado:ANDREA DEL PILAR CRUZ

Thu Jan 2024 01:05:24 07:05:03

BACTERIOLOGA - Bacteriologa Univ.

***** NOTAS IMPORTANTES *****

Información: Exámenes Pendientes CUADRO HEMATICO.

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL

CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
CALLE 18 Nº 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Milena Ortiz Cabrera	40079436	34411
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	26/10/1980
Direccion:	CALLE 15A # 3 ESTE - 48 B/ VENTILADOR		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
65653	Femenino	43 a	Casado	1	Profesional Universitari	FLORENCIA	26/01/2024 07:58:08

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**	CLASE II	**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo		

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
SENA	INSTRURORA		☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:
* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☐ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☐		HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☐		COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA:	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☐	No Refiere	Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐	No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐	No Refiere
Quirurgicos:	☑		Inmunizaciones:	☐	No Refiere	Medicamentosos:	☐	No Refiere
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐	No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐	No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere			

CESAREA.

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

** Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

CICLO MENSTRUAL: REGULAR	G: 1 P: 0 A: 0 V: 1 C: 1 M: 0 E: 0
FECHA ULTIMA REGLA: 21/12/24	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: 2 AÑOS	☑ METODO: DIU

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:	No Refiere	TETANO:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
PAPERAS Y RUBEOLA:	No Refiere	HEPATITIS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
INFLUENZA:	No Refiere	OTRAS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
Resultado Inmunizaciones:	No Refiere					

G. - HABITOS:

FUMA	○ Si ● No		
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0		
FUMABA:	○ Si ● No	CIGARRILLOS DIA:	0
HASTA CUANDO:			

ALCOHOL:	○ Si	● No
FRECUENCIA:		TIPO:
ACTIVIDAD CULTURAL:	○ Si	● No
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	● Si	○ No
SEDENTARIO PURO:	○ Si	● No
SEDENTARIO:	○ Si	● No

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☒

Otros: _____

Especifique:

GYM

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL:	72 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
66 Kgs	160 Cms	25,8 k/m2	76 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	103/70 mmHg	Mediano	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	X
2. OJOS	N	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	X
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	X
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	X
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	N
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado	GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado	OPTOMETRIA:	Anormal	Amétrope No Corregido
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	No Solicitado	No Solicitado	AUDIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: No Solicitado	TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	No Solicitado
			KOH:	No Solicitado	No Solicitado

PRUEBA PSICOLOGICA APTO, CUADRO HEMATICO NORMAL

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologico ☐ Cardiovascular ☐ Otros ☐ ESPECIFIQUE:
TIPO DE PROTECCION	CASCO ☐ BOTAS ☐ GUANTES ☐ P. AUDITIVO ☐ P. RESPIRATORIA ☐ P. VISUAL ☐ OTROS:

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	[CIE1O No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
2	PRESBICIA
3	
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, PRUEBA PSICOLOGICA , ENFASIS CARDIOVASCULAR, GLICEMIA EN SANGRE.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA Y USO DE FORMULA OPTICA. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: **Ingreso**

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo:	☑	No APTO para el Cargo: ☐	Aplazado:	☐
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura:	☐	Espacios Confinados: ☐	Manipulacion de Alimentos:	☐
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria:	☐	No Satisfactoria: ☐	Valoracion por E.P.S.:	☐
Periodico o Cambio de Ocupacion:	☐		Reubicar Trabajador ☐	Continua en el Cargo	☐

Wed Jan 2024 01/17/24 14:39:38

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019

Fri Jan 2024 01/26/24 07:39:12

Firma del Paciente o Responsable

Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: MILENA ORTIZ CABRERA CC 40079436

Fecha: 26/01/2024 07:44:10

SID: **30334** Orden Nro. 73751

Empresa: PARTICULAR/SENA

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**26/01/2024**		
	ALIX JOHANA ROJAS RUIZ	Otros Servicios	
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	2 PISO
07:25 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometria	
08:30 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGF	Psicologia	
09:24 am	JHONATHAN ORLANDO BARRERA	Medicina Ocupacional	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC	1
OPTOMETRIA	1
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	1
CUADRO HEMATICO	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
ENFASIS CARDIOVASCULAR	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
	7

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada

*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.

*Evite Tocar la Puerta.

*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas

*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.

*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

Su oponion es muy importante para nosotros.

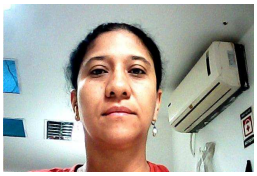
El usuario tienen DERECHO a:

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

.



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente:	Milena Ortiz Cabrera	**Identificacion** 40079436	**Codigo Unico Paciente:** 34411
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	26/10/1980
Direccion:	CALLE 15A # 3 ESTE - 48 B/ VENTILADOR		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
65653	Femenino	43	Años	Casado	Profesional Universitari	FLORENCIA	26/01/2024 07:58:08

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE II		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria

Valoracion por: E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, PRUEBA PSICOLOGICA , ENFASIS CARDIOVASCULAR, GLICEMIA EN SANGRE.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA Y USO DE FORMULA OPTICA. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

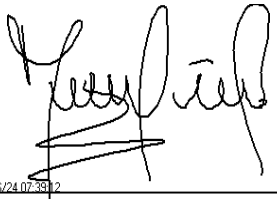


Wed Jan 2024 01/17/24 14:39:38

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019
Medico Especialista SST

26/01/2024 17:18:09

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Fri Jan 2024 01/26/24 07:39:12

Firma y Huella del Paciente o Responsable

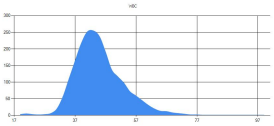
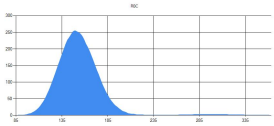
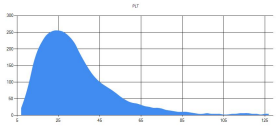
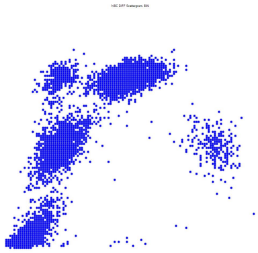


Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

Order No.:	10062730	**Fecha Ingreso:**	2024-01-26 09:43:34
Paciente:	MILENA ORTIZ CABRERA	**Fecha Impresión:**	2024-01-26 11:18:12.
Identificación:	CC 40079436	**Edad/Sexo:**	43 / F
Convenio:	CLIPSALUD SAS	**Teléfono:**	3142948578
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA			
Recuento de Leucocitos	**6.42**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0
% Neutrofilos	**55.3**	%	55.0 - 65.0 %
% Linfocitos	**33.7**	%	25.0 - 38.0 %
% Monocitos	**6.1**	%	3.0 - 6.0 %
% Eosinofilos	**4.6**	%	2.0 - 4.0 %
% Basofilos	**0.3**	%	0.0 - 1.0 %
# Neutrofilos	**3.55**	x10^3mm^3	2.0 - 7.50
# Linfocitos	**2.16**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00
# Monocitos	**0.39**	x10^3mm^3	0.20 - 1.00
# Eosinofilos	**0.30**	x10^3mm^3	0.0 - 0.50
# Basofilos	**0.02**	x10^3mm^3	0.0 - 0.20
Recuento de Eritrocitos	**4.37**	x10^6/mm^3	3.80 - 5.80
Hemoglobina	**13.0**	g/dl	H.14.0-17.0 Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**39.9**	%	H.42.0-48.0 Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**91.2**	um^3	80 - 90 um^3
HB Corspuscular Media	**29.8**	pg	26.0 - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**32.6**	g/dl	31.0 - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**12.1**	%	12.0 - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	**197**	x10^3/mm^3	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio	**10.8**	um^3	6.0 - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**16.1**	%	11.0 - 18.0 %
Plaquetocrito	**0.212**	%	.150 - .500 %

JENIFER PAOLA ALCAZAR
BACTERIOLOGA
T.P. 00071
Validación 26/01/2024 10.49

---COPIA---

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: MILENA ORTIZ CABRERA

Edad: 43 AÑOS

26 DE ENERO 2024

El área intelectual (Valor VERDAD) es la más importante para MILENA ORTIZ CABRERA. El área menos importante es la física (Valor RECTITUD).
El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

Fernanda Prieto M.

FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882

MINISTERIO DEL TRABAJO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que el Señor(a) contratista: MILENA ORTIZ CABRERA; Identificado con cédula de ciudadanía N° 40079436 cumple con los documentos del perfil solicitados en lacircular 3-2023-0000014; “Exámenes pre ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaria General”.

Cedula	Nombres y Apellidos	Tipo de Contratación	Exámenes Preempleo	CUMPLE
40079436	MILENA ORTIZ CABRERA	**Contratista**	**SI**	**SI**

Se diligencia a los 29 días del mes de enero de 2024.
Validez hasta el 26/01/2027.

Cordialmente.



BARRERA ARCINIEGAS JHONATHAN
MEDICINA PREVENTIVA
REGIONAL CAQUETA - SENA

Hace constar:

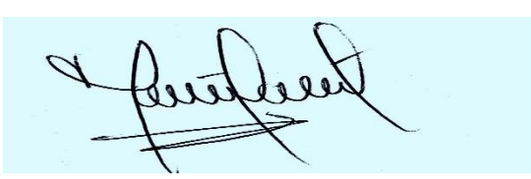
Que el Sr(a) MILENA ORTIZ CABRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40079436 realizó el día 29/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 MILENA ORTIZ CABRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40079436 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 -

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, **MILENA ORTIZ CABRERA** identificado con **CC** No. **40079436**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 23/02/2016 **Fecha de inicio de cobertura:** 15/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 14/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL

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): 20240101364048.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de marzo 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

Certificado
Bancario

Jueves, 1 de febrero de 2024

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MILENA ORTIZ CABRERA identificado(a) con CC 40079436, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	46613844210	2020/09/22	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-46-101025707	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
07	02	2024	14	02	2024	00:00	15	04	2025	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	ORTIZ CABRERA, MILENA		CC: 40.079.436
DIRECCIÓN: CL 15 A NRO. 4 ESTE - 81 BARRI	CIUDAD: FLORENCIA, CAQUETA	TELÉFONO:	3142948578

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SENA REGIONAL CAQUETA		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CARRERA 6 N 7-11 Y CARRERA 7 N 07 08	CIUDAD: FLORENCIA, CAQUETA	TELÉFONO	6084374788

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE **EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5903719 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIRACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL ÁREA TÉCNICAS PARA EL ESTABLECIMIENTO Y MANEJO DE LA AGRICULTURA URBANA, BAJO EL ENFOQUE POR COMPETENCIAS LABORALES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA ASIGNADOS QUE OFERTE EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/02/2024	15/04/2025	$5,178,470.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********5,178,470.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA	194558	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

61-46-101025707

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101025707, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en NEIVA a los 07 días del mes de FEBRERO de 2024

61-46-101025707

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670053668 03

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000053668033

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
07/02/2024 06:07p.m.

RECIBIMOS DE: ORTIZ CABRERA MILENA — CC. 40.079.436

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA NRO.: 101025707

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA-46-101025707-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS:

TRANSACCION: 0005366803

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/7/2024 6:09:05PM

172.16.10.23