SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTION DE MERCADO, LOGIST Y TECNOL DE LA INFORMAC-BTA DC- SERVICIOS PRES

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**57315-786327**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARTHA NEYITH VARGAS BECERRA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	51.705.617	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mnvargas@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20085833142
IP/Nº de contacto:	17037	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6712149/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**78724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES CON CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN EN COMPETENCIAS TRANSVERSALES EN LA MODALIDAD VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, DE ACUERDO CO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.182.854
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 15.182.854
Valor Bruto Pago:	**$ 4.316.694,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.866.160

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.316.694	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.316.694**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.861.394**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**79114214**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.726.678	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 215.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 276.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.100	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 954.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.861.394,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.824.494,00	
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 - BOGOTÁ	36.945,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.279.749,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se apoyó a la formación profesional integral virtual con un total de 165.20 horas en los programasTecnólogo en Coordinación de Procesos Logísticos así: Ficha 2977714 con 20.60 horas y 39 aprendices, ficha 2879814 con 21.00 horas y 39 aprendicesFicha 2879816 con 20.60 horas y 39 aprendices. Ficha 2879818 con 20.60 horas y con 44 aprendices. Del programa Tecnólogo en Gestión Integral de transporte así: ficha 2773172 con 20.60 horas y 34 aprendices, Ficha 2868400 con 20,60 horas y con 34 aprendices Del programa Técnico en venta de productos en línea así: ficha 2977857 de con 20.60 horas con 41 aprendices. Ficha 2977858 con 20.60 horas y 41 aprendices Se emitieron los juicios de evaluación y se cargaron en Sofía Plus en las fichas de Técnico en ventas y Coordinación de procesos Logísticos. Se realizó 4 sesiones en línea cumplimiento de la programación asignada por el área de virtualización de las fichas Se realizaron reuniones de EEF como de la competencia transversal para planeación y programación de temas y seguimiento de aprendices En la plataforma Zajuna se registraron las actividades de acuerdo con la fase y guía específica para cada ficha.

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

MARTHA NEYITH VARGAS BECERRA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA
INSTRUCTOR G20

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

21/09/24 08:56:00 USUARIO: SIC - C.C. 51705617

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51705617	MARTHA NEYITH VARGAS BECERRA	Clle 85 Bis N94F20 Torre 2 apto102	5277989	mnvargas@misena.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	29/08/2024	79114214	$518.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51705617	MARTHA NEYITH VARGAS BECERRA		Clle 85 Bis N94F20 Torre 2 apto102	5277989	mnvargas@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	29/08/2024	79114214	$518.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51705617	VARGAS BECERRA MARTHA NEYITH	59	0			N																	25-14	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS017	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14740717881

(415)7707212489984(8020) 000001474071788 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 7 0 5 6 1 7	6	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	5 1 7 0 5 6 1 7	

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
VARGAS	BECERRA	MARTHA	NEYITH

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 CARRERA 78 D N 96 A 25

42. Correo electrónico mnvargas@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 7 1 8 5 0 4	3 2 1 3 9 1 8 0 9 6

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	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 2021 - 02 - 12 / 06 : 42: 04

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 VARGAS BECERRA MARTHA NEYITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

RE: validacion de examen preocupacional

Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co>
Jue 29/08/2024 14:17
Para:Martha Neyith Vargas Becerra <mnvargas@sena.edu.co>

Cordial Saludo, Respetada Neyith,

Espero se encuentre bien de salud,

De manera atenta, le informo que se valida el examen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual.

Agradezco su amable atención,

Diana Mercedes Hernández Jiménez
Profesional Administradora de Salud Ocupacional
Profesional HYSI
Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías De La Información,
Regional Distrito Capital
dmhernandezj@sena.edu.co
CEL: 3145184448
Calle 52 No. 13 - 65 - Oficina 302, Bogotá, Colombia

Clasificado como Confidencial

De: Martha Neyith Vargas Becerra <mnvargas@sena.edu.co>
Enviado: miércoles, 28 de agosto de 2024 11:47
Para: Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co>
Asunto: validacion de examen preocupacional

Diana te saludo en bendición
Me acerco para enviarte los examenes ocupacionales para tu revisión y validación , quedo atenta un abrazo

Martha Neyith Vargas Becerra
Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías - Contratista
mnvargas@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500
Calle 52 No 13-65



www.sena.edu.co

@SENAcomunica

Clasificado como Confidencial



Diana Mercedes Hernandez Jimenez
Ctro De Gestión De Mercados, Logís. Y Tecno. De La Informacion. - Contratista
dmhernandezj@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500
Calle 52 No 13-65

www.sena.edu.co

@SENAcomunica



DEPARTAMENTO MÉDICO

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS

Carrera 64 # 97 - 63 Teléfono: 2530712

Nit No. 900.858.795-4

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Zada

Fecha:	24/01/2023	Hora Llegada:	6:55 AM	Hora Salida:	8:15 AM	Resolución No 12402 de 30/09/2015

I - IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS:

MARTHA NEYITH VARGAS BECERRA	EDAD:	60

Nº DE DOCUMENTO:	51705617	FECHA NACIMIENTO:	06/11/1962	CIUDAD:	Bogotá D.C.
GÉNERO:	Femenino	DIRECCIÓN:	CR 71 D NO 95 A 26	TELÉFONO:	3213918096
EMPRESA:	SENA			CARGO:	INSTRUCTOR

EXÁMENES PARACLÍNICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS

OPTOMETRIA	AUDIOMETRIA	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	ELECTROCARDIOGRAMA	GLICEMIA	PERFIL LIPÍDICO
CUADRO HEMÁTICO	TEST PSICOLÓGICO	CARDIOVASCULAR			

II - CONCEPTO

TIPO DE EXAMEN:	INGRESO	CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Enfermedad general:	si	Otros:	NO	Cuáles:	

III- RECOMENDACIONES

. PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA Y FONOAUDIOLOGIA, EVALUACION POR OPTOMETRIA PARA FORMULACION DE PRESCRIPCION OPTICA VISION LEJANA, PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA, SIN RIESGO CARDIOVASCULARES, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

IV – RESTRICCIONES

1. USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA.

24 ENE 2023

VB

Fátima Silva Páez

C.C. 52.011.551

Aux. Enfermería

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.

	51 705 617
FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL	FIRMA Y CÉDULA DEL TRABAJADOR

CONCEPTO



	ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS	
DEPARTAMENTO MEDICO	Carrera 64 # 97 - 63 **Telefono: 2530712**	
	Nit No. 900.858.795-4	
	CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL	

Fecha	23/01/20	**Hora Llegada**	09:54:00	Hora salida	11:20	**Resolución No 12482 de 30/09/2015**

I- IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS					
MARTHA NAYITH VARGAS BECERRA					
N° DE DOCUMENTO	51705617	GENERO	FEMENINO	EDAD	57
EMPRESA	SENA	CARGO	INSTRUCTORA		

EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS

OSTEOMSUCULAR	AUDIOMETRIA	OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
GLICEMIA/ CH	PERFIL LIPIDICO	TEST PSICOLOGICO	CARDIOVASCULAR

II-CONCEPTO

TIPO DE EXAMEN	INGRESO	CON RESTRICCIONES PARA ELCARGO

Enfermedad general	Si	Otros	NO	Cuales	

III- RECOMENDACIONES

BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA Y FONOAUDIOLOGIA, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

IV – RESTRICCIONES

NINGUNA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.

Dr. Alejandro Soler
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 8449-16

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

AUDIO

			ZADA IPS SALUD OCUPACIONAL SAS			
DEPARTAMENTO MEDICO			Carrera 64 # 97 - 63 Telefono: 2530712			
			Nit No. 900.858.795-4			
			AUDIOMETRIA OCUPACIONAL			
Fecha	23/01/20	Hora inicio consulta	09:54:00	Historia No	51705617	Resolución No 12482 de 30/09/2015
I- IDENTIFICACION						

AUDIO

Nombres y Apellidos						Identificacion	51705617
MARTHA NAYITH VARGAS BECERRA						EDAD	57
FEMENINO	Fecha de nacimiento	30/12/1899		Lugar	BOGOTA		
Escolaridad	postgrado	Estado Civil	Viudo	Direcciòn	CR 78 NO 11 21		
Barrio	CASTILLA	Ciudad	0	celular	4978638		
Empresa	SENA		Antigûedad	30/12/99	Cargo	INSTRUCTORA	

II- ANTECEDENTES

A- LABORALES

EMPRESA	OFICIO	ANTIGUEDAD	TIEMPO DE EXPOSICION	EPP
LLEVA 25 AÑOS EN LA EMPRESA	INSTRUCTOR		NO	NO

B- PERSONALES

PATOLOGIAS O LESIONES AUDITIVAS	NO / SI	Cual	ACUFENO DE OI DESDE MAS DE UN AÑO

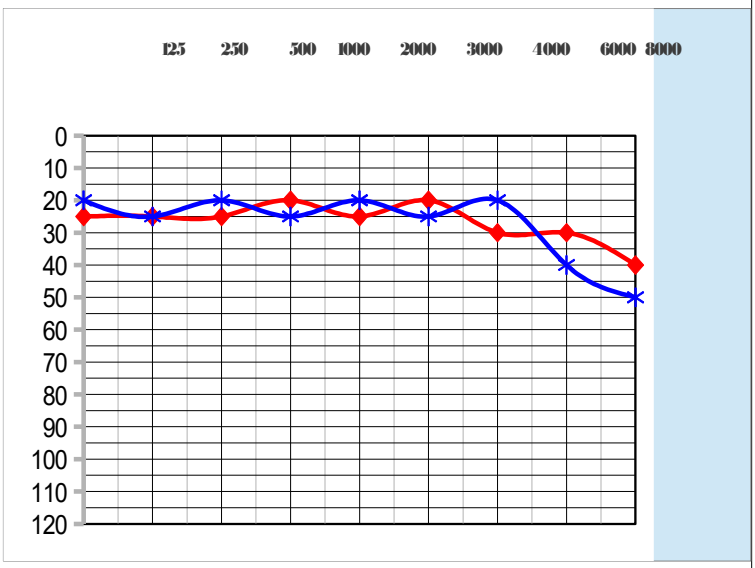
Quirúrgicos	NO	Cual	NEGATIVO	EXPOSICION A RUIDO	NO	Cual	NEGATIVO
Traumático	NO	Cual	NEGATIVO	Medicamentoso	NO	Cual	NEGATIVO
Observaciones	NINGUNO						
III- FAMILIARES	NO						

IV-.EXPLORACION AUDITIVA

PABELLON AUDITIVO	
CONDUCTO AUDITIVO	
MEMBRANA TIMPANICA	CAE Y MT NORMAL BILATERAL

V- AUDIOGRAMA

AEREA				OSEA			
O.D.		O.I.		O.D.		O.I.	
Frecuencia (Hz)	Intensidad (dB)	Frecuencia (Hz)	Intensidad (dB)	Frecuencia (Hz)	Intensidad (dB)	Frecuencia (Hz)	Intensidad (dB)
125	25	125	20	125		125	
250	25	250	25	250		250	
500	25	500	20	500		500	
1000	20	1000	25	1000		1000	
2000	25	2000	20	2000		2000	
3000	20	3000	25	3000		3000	
4000	30	4000	20	4000		4000	
6000	30	6000	40	6000		6000	
8000	40	8000	50	8000		8000	



VI- DIAGNOSTICO

OD DESCENSO LEVE DE 4 A8 Y EN OI DESCENSO LEVE MODERADO DE 6Y 8

VII-RECOMENDACIONES

CONTROL PERIODICO POR AUDIOLOGIA, AUTOCUIDADO AUDITIVO.

VIII- RESTRICCIONES

Entiendo y acepto que la informacion contenida en el presente reporte es confidencial y sera anexada a mi hoja de vida. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo:

HORA SALIDA DE CONSULTA

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

OPTO

DEPARTAMENTO MEDICO	**ZADA IPS SALUD OCUPACIONAL SAS**	Zada SALUD OCUPACIONAL
	Carrera 64 # 97 - 63 Telefono: 2530712	
	Nit No. 900.858.795-4	
	OPTOMETRIA OCUPACIONAL	

Fecha	23/01/20	Hora inicio consulta	09:54:00	Historia No	51705617	Resolución No 12482 de 30/09/2015	

I- IDENTIFICACION

Nombre y Apellidos		Identificacion	51705617
MARTHA NAYITH VARGAS BECERRA		EDAD	57
FEMENINO	Fecha de nacimiento 30/12/1899	Lugar de nacimiento	BOGOTA

Escolaridad	postgrado	Estado Civil	Viudo	Dirección	CR 78 NO 11 21
Barrio	CASTILLA	Ciudad		Telefono	4978638
Empresa	SENA			Cargo	INSTRUCTORA
Fecha de ingreso a la empresa	30/12/99	Antigüedad en la empresa			

II- ANTECEDENTES VISUALES

PERSONALES VISUALES	NIEGA				
TRAUMA	NIEGA				
QUIRURGICOS	NIEGA				
ULT. CONTROL VISUAL		USA CORRECCION OPTICA		TIPO DE RX	
ULTIMO CAMBIO DE LENTES		ESTADO ACTUAL DE LA CORRECCION			
CORRECCION EN USO	OD				
	OI				

III-ANTECEDENTES FAMILIARES

HISTORIA FAMILIAR		ENF. OCULARES	

IV- MOTIVO DE CONSULTA

Dism. AV VL		Dism. AV VP		Dolor de Cabeza		Ardor ocular	
Visión Borrosa		Secreción Ocular		Cansancio Ocular		Dolor Ocular	
Sensación de C.E.		Molestias a la Luz		Ninguno		Control	

V- EXAMEN EXTERNO

PTERIGION GRADO I OI

VI- AGUDEZA VISUAL

AGUDEZA VISUAL LEJANA				AGUDEZA VISUAL PROXIMA			
	AV CC	AV SC	PH		AV CC	AV SC	DP
OD		20/30		OD		NO	
OI		20/30		OI		NO	

VII- MOTILIDAD OCULAR

DUCCIONES	NORMAL	CT en VL	ORTHO	PPC	10//12
VERSIONES	NORMAL	CT en VP	X`		

VIII- QUERATOMETRIA

OD	NO SE REALIZA	OI	NO SE REALIZA

IX- OFTALMOSCOPIA

OD	NORMAL	OI	NORMAL

X- RETINOSCOPIA

	ESF	CIL	EJE
OD			
OI			

XI- SUBJETIVO

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD				
OI				

XII- TEST DE VISION CROMATICA

XIII- TEST DE ESTEREOPSIS

OPTO

NORMAL	NORMAL	
XIV- DIAGNOSTICO	ASTIGMATISMO MIOPICO,PRESBICIA	APLAZADO
XV- RECOMENDACIONES	UDO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA	
XVI - RESTRICCIONES	NINGUNA	

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi hoja de vida. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo:	**HORA SALIDA DE CONSULTA**	
FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL	**FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR**	

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, **MARTHA NEYITH VARGAS BECERRA** identificado con **CC** No. **51705617**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 27/01/2024 **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

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): 202401018456262.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164