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 PREST

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	**58066-639362**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ALEXANDRA DAZA CIFUENTES	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	52.790.660	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	adazac@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4852011524
IP/Nº de contacto:	5842442	**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**	SI

¿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:	6712152/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**78924**	**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		----------	**1066288360**
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

Desarrollar actividades de planeación en los procesos de la competencia asignada por la supervisión, según la modalidad y programa.
Ejecutar los lineamientos establecidos en la Guía Orientación Formación ambientes virtuales de aprendizaje GFPI-G-014 vs.4 o el proced
Apoyar y acompañar en los procesos de inducción de los aprendices y colaborar en su integración al programa formativo.
Guiar de manera integral y continua a los aprendices en su formación por proyectos durante la vigencia del contrato.
Realizar la evaluación de los aprendices acorde a la normatividad y registrarlos en los aplicativos dispuestos por la entidad.
Implementar las estrategias para preparar, orientar, evaluar y apoyar el aprendizaje utilizando las herramientas y métodos definidos p
Apoyar las actividades relacionadas con el desarrollo curricular de los programas de formación asociados con la línea medular que impa
Participar en proyectos del Sistema de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación - SENNOVA, siguiendo las directrices académi
Presentar oportunamente los informes y reportes requeridos sobre las actividades formativas, usando los formatos y plataformas indicad

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

ALEXANDRA DAZA CIFUENTES
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)

22/09/24 19:30:51 USUARIO: SIC - C.C. 52790660

PAGOSIMPLE | DETALLADO POR ADMINISTRADORA

Fecha Creación Reporte	2024-09-03, 04:39:32 PM	**Tipo Planilla**	I: Planilla independientes	**Número Planilla**	1066288360
Periodo Cotización	2024-08	**Periodo Servicio**	2024-08	**Referencia pago (PIN)**	8810808985
				Fecha limite de pago	2024-09-13

PAGADO 03/09/2024

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEXANDRA DAZA		
Documento	CC52790660	**Dirección**	CARRERA 111A N. 86A26
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3154776218
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	U
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

AFP

Código	Nit	AFP	Cotización	Cotización Vol Afiliado	Cotización Vol Aportante	FSP Solidaridad	FSP Subsistencia	Días de mora	Intereses Mora	Int Mora FSP Solidaridad	Int Mora FSP Subsistencia	Total a pagar	No. Afiliados
230201	N800229739	PROTECCION	$ 257.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.300	1

EPS

					Incapacidades		Licencia de Maternidad												
Código	Nit	EPS	Valor Total	UPC	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Neto	Dias Mora	Interes Mora	Int. Mora UPC	SubTotal Cotización	SubTotal UPC	No. Rad Saldo a Favor	Saldo a favor Cot Oblig	Saldo a favor UPC	Total a pagar	No. Afiliados
EPS017	N830003564	FAMISANAR EPS	$ 201.000	$ 0		$ 0		$ 0	$ 201.000	0	$ 0	$ 0	$ 201.000	$ 0	0	$ 0	$ 0	$ 201.000	1

ARP

				Incapacidades										
Código	Nit	ARP	Cotización	No. Autorizacion	Valor	Aporte otro riesgo	Valor Neto	Dias Mora	Int. Mora	SubTotal Cotizacion	No. Saldo a favor	Valor saldo favor	Total a pagar	No. Afiliados
14-23	N860011153	POSITIVA DE SEGUROS	$ 8.400		$ 0	$ 0	$ 8.400	0	$ 0	$ 8.400	0	$ 0	$ 8.400	1

TOTALES

Tipo Administradora	Valor Antes de Descuentos y mora	Valor Total	No. Administradoras
Pensión	$ 257.300	$ 257.300	1
Gran Total	**$ 257.300**	**$ 257.300**	**1**

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

TOTALES

Tipo Administradora	Valor Antes de Descuentos y mora	Valor Total	No. Administradoras
Salud	$ 201.000	$ 201.000	1
Riesgos	$ 8.400	$ 8.400	1
Gran Total	**$ 466.700**	**$ 466.700**	**3**

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141120403329

(415)7707212489984(8020) 000014112040332 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 9 0 6 6 0	9	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 2 7 9 0 6 6 0	

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
DAZA	CIFUENTES	ALEXANDRA	

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 101 82 57 IN 5 AP 302 CON BOCHICA III

42. Correo electrónico alejadupn@hotmail.com

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

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

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	4 9																									

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 ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

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.

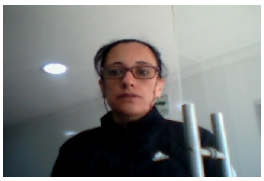
Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52790660-90574

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	03 feb. 2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ALEXANDRA DAZA CIFUENTES	**Identificación:**	52790660
Género	FEMENINO **Edad:** 43	**Teléfono**	**Móvil:** 3154776218
Fecha Nacimiento:	14/05/1980	**Cargo:**	DOCENTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRA 101 N 82 - 57	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	PARTICULAR	**AREA: No Reporta**	
Empresa en Misión:	PARTICULAR	**Peso: 54 Talla: 168 IMC: 19.13**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. NO USO DE AUDIFONOS NI MANOS LIBRES, 4. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	DEBE USAR ANTEOJOS PERMANENTES CON FILTROS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS.
ANEXO RESPIRATORIO	ASMA CONTROLADA, SIN SINTOMATOLOGIA HACE 20 AÑOS.
ANEXO PSICOSOCIAL	El usuario ALEXADRA DAZA CIFUENTES, NO presenta condiciones en sus de factores de riesgo psicosocial que afecten su calidad de vida o su desempeño laboral.

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: -

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

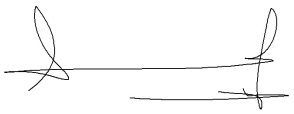
NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la “telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para

fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.







KAREN NATALIA VARGAS RAMIREZ

Médico Especialista en Salud Laboral

1000007512 Res.6350 14/08/2023

ALEXANDRA DAZA CIFUENTES 52790660

Firma y cédula del Paciente

EXAMEN OPTOMETRÍA



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	3/02/2024 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	ALEXANDRA DAZA CIFUENTES		**Identificación:**	52790660	
Género	FEMENINO	**Edad:** 43	**Teléfono**		**Móvil:** 3154776218
Fecha Nacimiento:	14/05/1980		**Cargo:**	DOCENTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	FAMISANAR	
Dirección	CRA 101 N 82 - 57		**Escolaridad:**	MAESTRIA	
Empresa	PARTICULAR				

EVALUACIÓN

Usa Computador : S **Horas al día : 6 HORAS** **Iluminación Artificial :** S **Iluminación Natural :** S Última Evaluación : 0

Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :** NO

Accidentes oculares: NO REFIERE

Antecedentes Personales: RINITIS NO TTO

Sintomatología : ASINTOMATICO

Cirugía ocular : N NO

Usa Corrección S PERMANENTES + TR + AR **¿Gafas? :** S **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 30-**	**Ambos: 20/ 30**	**Izquierdo: 20/ 30-**
	Con Corrección	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
Lensometría	**Izquierdo : N**		**Derecho : N**	**ADD :**

Examen Externo: HIPEREMIA CONJUNTIVAL BILATERAL DE AREAS EXPUESTAS

Examen Motor: PPC: 8 CM

Oftalmoscopia: MEDIOS TRANSPARENTES

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: - OI:

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

Cie10: PRESBICIA-H524
Cie10: -
Cie10: -

Recomendaciones: DEBE USAR ANTEOJOS PERMANENTES CON FILTROS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.

Diagnóstico: PRESBICIA

Concepto:

Formula Final: OD: OI:

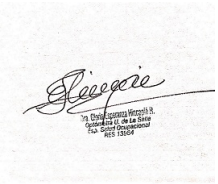
ADD :

Distancia Pupilar :

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N

Remitido: -FóRMULA DE ANTEOJOS

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE



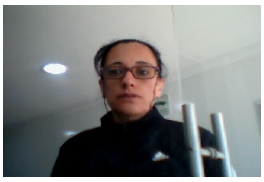
GLORIA ESPERANZA HINCAPIÉ RODRÍGUEZ 51646838

Profesional

ALEXANDRA DAZA CIFUENTES 52790660

Firma y cédula del Paciente

EXAMEN AUDIOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 3/02/2024 BOGOTA D.C
Paciente: ALEXANDRA DAZA CIFUENTES
Género FEMENINO **Edad:** 43
Fecha Nacimiento: 14/05/1980
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 101 N 82 - 57
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52790660
Teléfono **Móvil:** 3154776218
Cargo: DOCENTE
EPS: FAMISANAR
Escolaridad: MAESTRIA

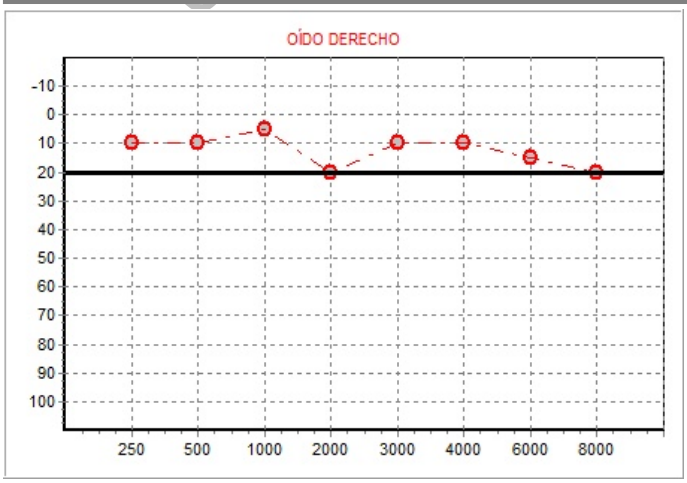
ANTECEDENTES PERSONALES

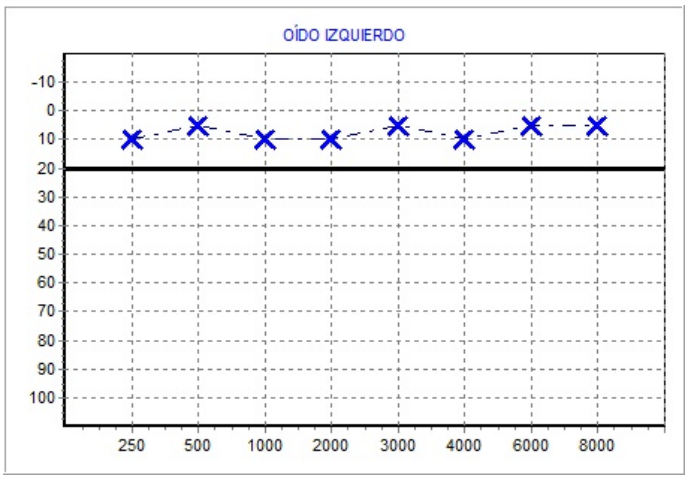
ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. OYE EN CONVERSACIÓN CORRIENTE	S	SI
2. TRASTORNO DE EQUILIBRIO	N	
3. TRASTORNO DE LENGUAJE	N	
4. ACUFENOS	N	
5. OTORREA	N	
6. TRAUMAS	N	
7. CIRUGIAS	N	
8. DOLOR O.D. O.I.	N	
9. OTITIS	N	
10. EXP. EXTRALABORAL	N	
11. UTILIZA MEDICAMENTOS OTOTOXICOS	N	
12. PRESENTA ANTECEDENTES CONGENITOS	S	RINITIS
13. OTROS	N	

ANTECEDENTES EXTRALABORALES

ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. POLIGONO	N	
2. MUSICA CON AUDIFONOS	S	DIARIA
3. MUSICA A ALTO VOLUMEN	N	
4. BUCEO	N	
5. MOTO	N	
6. TEJO	N	
7. OTROS.	S	DISCOTERCAS OCASIONAL

AUDIOGRAMA





USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

CONCLUSIONES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OD: AUDICION NORMAL OI: AUDICION NORMAL
PTA OIDO DERECHO: 11.25 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO: 7.50 - Audición Normal

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. NO USO DE AUDIFONOS NI MANOS LIBRES, 4. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

CONCEPTO 195127856

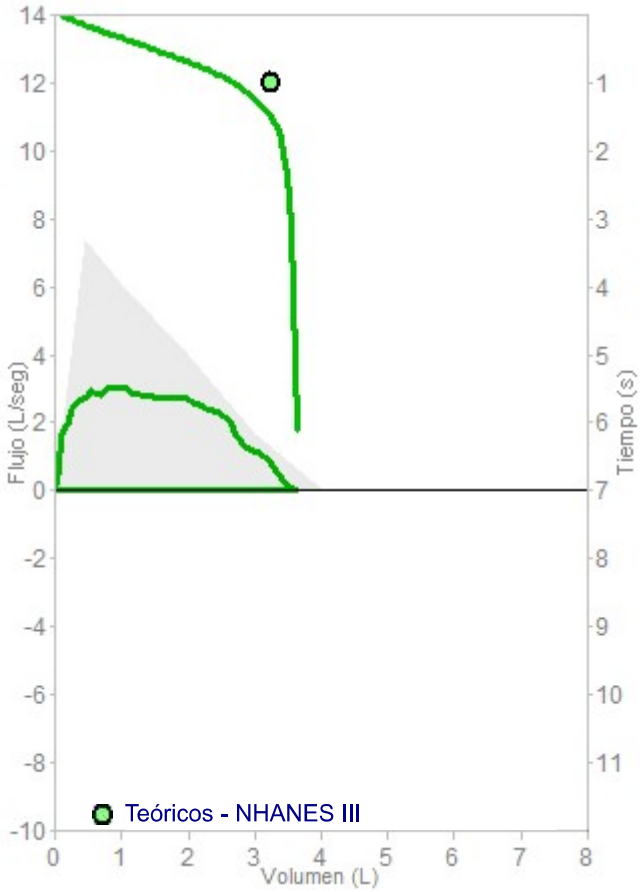
195131184

Andrea Perez
Andrea Pérez Ruiz
Fonoaudióloga - Especialista
Gerencia RL - SST
Uniminuto
Res.: 148 56 de 14-12-2016

ANDREA PEREZ RUIZ	P03-00359	ALEXANDRA DAZA CIFUENTES	52790660
Profesional		Firma y cédula del Paciente	

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Curvas flujo/ volumen y volumen/ tiempo



impreso por winspiroExpress 1.7.0 - 01/01/2008 12:07:37 a.m. - Mod.C 11e

Datos del paciente

Apellido	DAZA	Edad	43
Nombre	ALEXANDRA	Género	Hembra
Fecha de nacimi	14/05/1980	Altura, cm	170
Grupo étnico	Caucásico	Peso:, kg	55

Interpretación

Espirometría normal

Mejores valores de todas las curvas

Parámetros	BTPS	Predicted	Measured	%Predicted
FVC	L	4,02	**3,65**	**91**
FEV1	L	3,24	**2,75**	**85**
FEV1/FVC	%	81,7	**75,3**	**92**
PEF	L/s	7,38	**3,06**	**41**

Fecha 03/02/2024 11:30:52 a.m.

Parámetros	BTPS	Predicted	Measured #1	%Predicted
Capacidad vital forzada				
FEV6	L	3,94	**3,63**	**92**
FVC	L	4,02	**3,65**	**91**
FEV1	L	3,24	**2,75**	**85**
FEV1/FVC	%	81,7	**75,3**	**92**
PEF	L/s	7,38	**3,06**	**41**
FEF2575	L/s	3,20	**2,77**	**87**
ELA	años	43	**43**	**100**
FIVC	L	4,02		

Informe médico

Firma

Instrumento usado

Spirobank_USB S/N P01395

CERTIFICADO EVALUACION PSCOSOCIAL

PACIENTE: ALEXADRA DAZA CIFUENTES

IDENTIFICACIÓN: C.C. 52.790.660

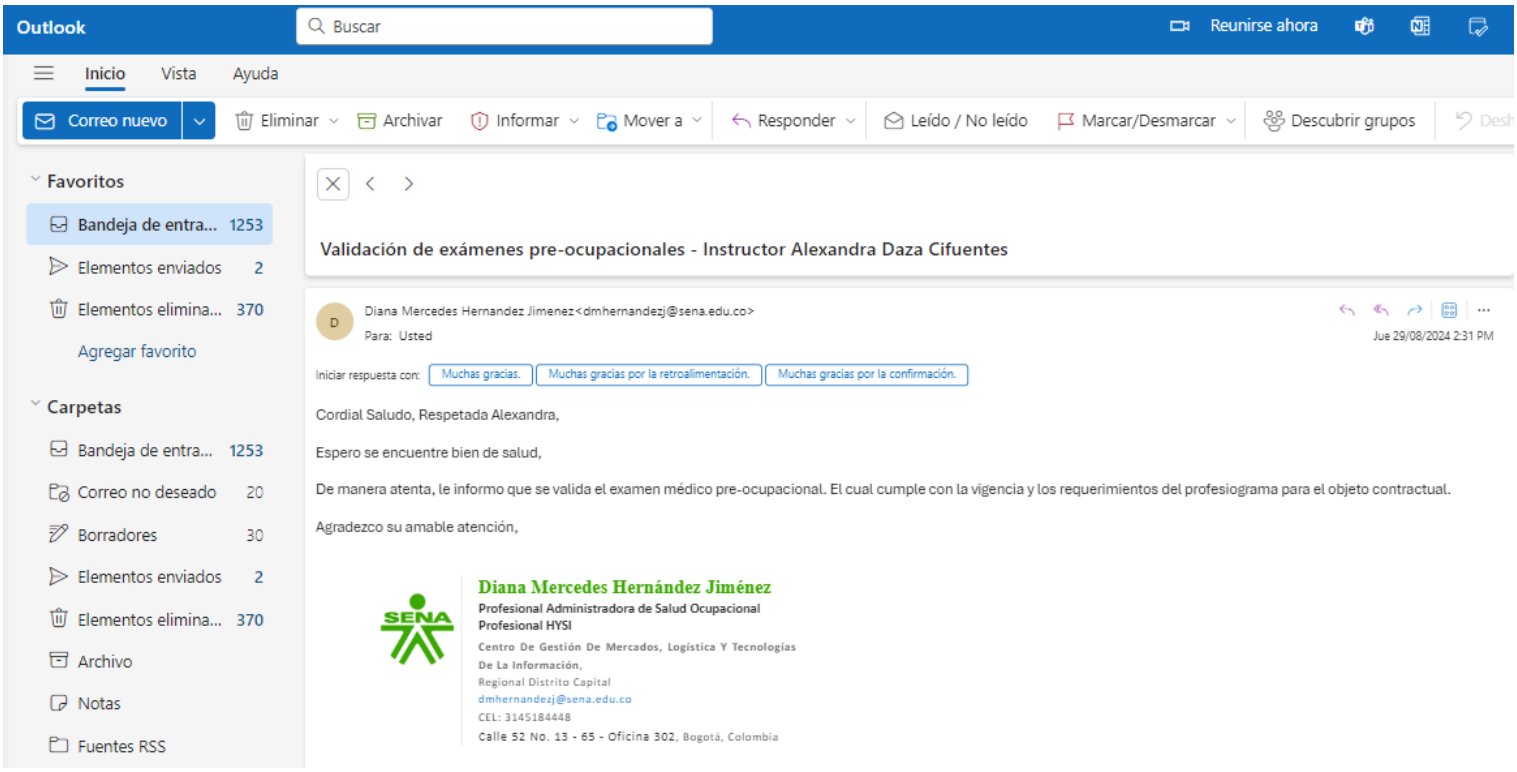
El usuario **ALEXADRA DAZA CIFUENTES,** identificado con cedula de ciudadanía número 52.790.660 se presenta el día 03 de febrero de 2024, para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, utilizándose el instrumento del ministerio del trabajo para dicho fin, **Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial**, el usuario leyó las instrucciones y diligenció el consentimiento informado que le garantiza su confidencialidad, después de la tabulación del instrumento, se encontró que en su constructo intralaboral no se encuentran riesgos de intervención prioritaria, en su constructo extralaboral no se encuentran riesgos de intervención prioritaria, y en su constructo de síntomas de estrés no se observan niveles que afecten su calidad de vida en el trabajo.

Sin observaciones adicionales, en conclusión.

El usuario **ALEXADRA DAZA CIFUENTES**, **NO** presenta condiciones en sus de factores de riesgo psicosocial que afecten su calidad de vida o su desempeño laboral.

Carlos Andrés Alarcon C.
Psicólogo Esp. Seguridad y salud En el trabajo
Licencia No.16341 de 18/02/2022

CARLOS ANDRES ALARCON C.
ESP. GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL
MG Salud.


Outlook
Buscar
Reunirse ahora
Inicio
Vista
Ayuda
Correo nuevo
Eliminar
Archivar
Informar
Mover a
Responder
Leído / No leído
Marcar/Desmarcar
Descubrir grupos
Favoritos
Bandeja de entra... 1253
Elementos enviados 2
Elementos elimina... 370
Agregar favorito
Carpetas
Bandeja de entra... 1253
Correo no deseado 20
Borradores 30
Elementos enviados 2
Elementos elimina... 370
Archivo
Notas
Fuentes RSS
Validación de exámenes pre-ocupacionales - Instructor Alexandra Daza Cifuentes
Diana Mercedes Hernandez Jimenez<dmhernandezj@sena.edu.co>
Para: Usted
Jue 29/08/2024 2:31 PM
Iniciar respuesta con:
Muchas gracias.
Muchas gracias por la retroalimentación.
Muchas gracias por la confirmación.
Cordial Saludo, Respetada Alexandra,
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

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, **ALEXANDRA DAZA CIFUENTES** identificado con **CC** No. **52790660**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 18/08/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO **Clase de Riesgo:** 1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): 202401018571392.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

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

MIS_4_1_3_FR15 v_07