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 PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921710**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**95221-145390**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	51.983.686	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	amartinezv@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20365571456
IP/Nº de contacto:	18079	**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:	6829442/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**53424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	3

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir formación profesional integral titulada y/o realizar seguimiento a etapa productiva en el programa articulación con la educación media, de acuerdo a la programación establecida por el Centro para la Industria de la Comunicación Gráfica en las diferentes jornadas académicas en los diferentes niveles de acuerdo a las

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.400.615
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 10.866.160
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 1.935.070

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.953.745**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8381256455**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 18.700	$ 43.600
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%	$ 9.295.337	$ 984.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 978.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.953.745,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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	38.219,00	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	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ser autónomo en las decisiones, teniendo en cuenta siempre las obligaciones y acciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje

Realización de guías y planeación de clase para los colegios articulados con la media en los programas técnico en impresión serigrafi

Se ceden voluntariamente el material formativo, investigativo, tecnológico y productivo con el fin de fomentar una cultura de respeto

Participar de los procesos relacionados con el inicio y desarrollo del proceso tecnico 2024

Actividades realizadas según el cronograma previsto por el líder en articulación con la media y coordinación académica

Radicación virtual de cuenta de cobro en el aplicativo Secop II.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

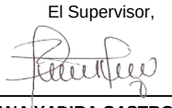
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



DIANA YADIRA CASTRO RUSSI
COORDINADORA ACADÉMICA

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
RICARDO ANTONIO MELO RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ
No. Identificación: CC51983686
Dirección: CLL 165 B 56 33 APT 306
Telefono: 9096199
Correo: mm9286711@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8381256455

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ
Tipo y número de identificación	CC51983686
Número de planilla	8381256455
Fecha pago	2024-11-06
Número de autorización pago	33448211
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	514100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	283400	1
EPS008	Compensar EPS	221400	1

8381256455

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51983686
APELLIDOS Y NOMBRES: ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1770800	1770800	1770800	0	221400	0	283400	0	9300	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51983686	ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ	CLL 165 B 56 33 APT 306	9096199	mm9286711@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8381256455	06/11/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	N	19/11/2024	81851324	$9.200	

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					

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

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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	9.200	9.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51983686	ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ		CLL 165 B 56 33 APT 306	9096199	mm9286711@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8381256455	06/11/2024	N	19/11/2024	81851324	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10				$9.200	

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	51983686	MARTINEZ VELASQUEZ ALBA MERY	59	0			N							X										25-14	1.770.800	283.400	0	0	0	0	EPS008	1.770.800	221.400	14-23	1.770.800	2	18.500		0	0	0	0	0	0	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51983686	ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ	CLL 165 B 56 33 APT 306	9096199	mm9286711@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
81851324	19/11/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	N	19/11/2024	81860177	$24.700	

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					

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

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	24.700				24.700	0	0	24.700			247	24.700	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	24.700	24.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	24.700	24.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51983686	ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ		CLL 165 B 56 33 APT 306	9096199	mm9286711@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
81851324	19/11/2024	N	19/11/2024	81860177	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10				$24.700	

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	51983686	MARTINEZ VELASQUEZ ALBA MERY	59	0			N							X										25-14	1.770.800	283.400	0	0	0	0	EPS008	1.770.800	221.400	14-23	1.770.800	3	43.200		0	0	0	0	0	0	0	0

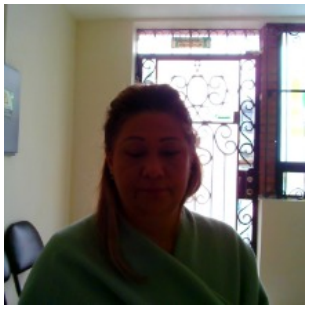
PAGADA

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

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 28/09/2022

Información paciente



Empresa: SALUD Y TRABAJO SOLUCIONES EMPRESARIALES SAS
Empresa en misión: SALUD Y TRABAJO SOLUCIONES EMPRESARIALES SAS
Nombre completo: Alba Mery Martinez Velasquez
Identificación: CC: 51983686
Responsable:
Acompañante:
Cargo: Instructor Area Salud Ocupacional
Fecha nacimiento: 20/01/1969
Edad: 53
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Posgrado (Especialización)
Teléfono:
Dirección: Bogotá, d.c., Bogotá, D.C., Calle 165 B 56 33
Nº hijos: 0
ARL:
EPS: Compensar EPS
AFP: Colpensiones

Exámenes analizados

- **Anexo Osteomuscular.**
- **Audiometría.**
- **Espirometría.**
- **Examen medico ocupacional .**
- **Laboratorio:** Hemograma completo ; Glicemia; Perfil lipídico; Parcial de orina .
- **Optometría.**
- **Prueba psicológica.**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

USO DE CORRECCION VISUAL PARA LECTURA

Sistema de vigilancia epidemiológico

Auditivo; Biomecánico; Visual

EDGAR ORLANDO MARTINEZ FORERO
Profesión: Médico
Registro: 5988-93

Firmado:

DR. EDGAR O MARTINEZ F. MD.

Aspirante o trabajador
Alba Mery Martinez Velasquez
Identificación: CC: 51983686

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

SALUD & TRABAJO

NIT 901399846-5.

Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
RESOLUCIÓN No. 1841 de 19/05/2022

EVALUACIÓN MÉDICA
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL
Empresa Contratante: INDEPENDIENTE

Fecha de Evaluación:			Tipo de Examen:
09	NOVIEMBRE	2024	(X) INGRESO ( ) EGRESO ( ) PERIÓDICO ( ) ALTURAS ( ) MANIPULACION
DD	MM	AA	

NOMBRE: ALBA MERY MARTINEZ VELASQUEZ	**C.C. 51983686 EDAD: 55 AÑOS**
CARGO: INSTRUCTORA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**CIUDAD: BOGOTÁ**

El concepto de Aptitud se definió a partir de los Resultado de los exámenes que le fueron solicitados por la Empresa:

EXAMEN	SI	NO		SI	NO
EXAMEN MEDICO	X		ANEXO OSTEOMUSCULAR	X	
AUDIOMETRÍA	X		ANEXO CARDIOVASCULAR	X	
VISIOMETRÍA	X		LABORATORIO CLINICO GLICEMIA - PERFIL LIPIDICO	X	

Requisitos según perfil del cargo:
Trabajo Administrativo (X) Trabajo en Alturas (X) Manipulador de Alimentos ( ) Brigadista ( ) Otro: ( )
Profesiograma enviado por la Empresa: SI: ( ) No: (X)

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA: Basado en los resultados de los Exámenes solicitados y Practicados, CERTIFICO que el Evaluado es:

➢ **Apta para el Cargo con Restricción que NO Interfiere en la Capacidad Laboral**	**X**

Restricciones: SI (X) NO ( )

REQUIERE CORRECCION VISUAL PARA VISION LEJANA, USO DE EQUIPOS CON PANTALLAS Y LECTO ESCRITURA.

EXAMEN DE EGRESO: No Aplica: (X)
Hay sospecha de: Secuela de Accidente de trabajo no reportado SI ( ) NO (X) Enfermedad Profesional SI ( ) NO (X)
Enfermedad común agravada por el trabajo SI ( ) NO (X)

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. **Medidas de Higiene Postural y Visual.**
2. **Pausas programadas durante la jornada laboral que incluyan relajación de manos, movimientos y estiramientos de brazos. Activas según el programa que tenga establecido la empresa.**
3. **Uso de Elementos de Protección Laboral según Factores de Riesgo.**
4. **Incluir en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y/o Actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.**
5. **Inducción a factores de riesgo laborales, trabajo seguro, prevención en alteraciones de salud.**

RECOMENDACIONES ADICIONALES PERSONALES:

1. **Actualizar Toma de Citología Vaginal Anual y Auto Examen Mensual de Senos.**
2. **Requiere uso de corrección visual permanente para visión lejana y uso del computador, Se recomienda Uso de Lentes con filtro UV y para protección de luz azul. Control anual por optometría**
3. **Mantener Pautas de Higiene auditiva, evitar uso prolongado de manos libres y/o Audífonos, Protección Auditiva en exposición a ruido intenso en calle y zonas ruidosas.**

4.	**Se recomienda uso de doble protección auditiva, mediante tapaoídos de inserción + tapaoídos de copa cuando el nivel de ruido supere los 80 dB**
5.	**Realizar Calentamiento previo a la Actividad Laboral y Estiramiento de Miembros Superiores al fin de la Jornada.**
6.	**Aumentar frecuencia de actividad física a mínimo 30 minutos diarios – ideal 5 horas a la semana**
7.	**Aumentar actividad física y realizar actividades deportivas y Realizar fortalecimiento de musculatura abdominal**
8.	**Uso de protección respiratoria mediante tapabocas cuando haya exposición a material particulado**
9.	**Resultado de exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales, Índice Coronario dentro de parámetros normales .**
10.	**Realizar estiramiento de Miembros Inferiores**
11.	**No presenta comorbilidad de riesgo, ni refiere sintomatología relacionada con COVID 19 en el examen actual. Se debe tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos de bioseguridad del ministerio de salud (resolución 666/20 y circular 030 de mayo de 2020 para el entorno laboral y grupos de riesgo en COVID 19 por riesgo biológico. Debe usar de forma permanente los EPP, mantener adecuadas normas de bioseguridad emitidos por los diferentes entes encargados.**

Firma y Sello: **Especialista Salud Ocupacional.** Firmado: DR. EDGAR O MARTINEZ F. MD.			