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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**31 de Enero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**19244-874693**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NATHALIE TARAZONA ROJAS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.100.954.794	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nathytr11@gmail.com	**Número de Cuenta:**	02029775217
IP/Nº de contacto:	300	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7260340/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**1125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA FORMULACIÓN, GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS, ESTRATEGIAS, PROCESOS, PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA, EN CUMPLIM

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**16/01/2025 Al 31/01/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 53.302.500
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 53.302.500
Valor Bruto Pago:	**$ 2.317.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 50.985.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.317.500	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	**$ 2.317.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.428.200**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Enero	Diciembre				
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.428.200,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1068658291**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.911.700,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 7.500	$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	18.467,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 39.341.210	$ 476.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$2.299.033,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza seguimiento presupuestal de materiales de formación del corte de diciembre de 2024

Se realiza seguimiento presupuestal de contratacion de instructores del corte de diciembre de 2024

Se realiza seguimiento presupuestal de matriz agregada del corte de diciembre de 2024

Se realiza seguimiento presupuestal de adecuación e infraestructura del corte de diciembre de 2024

Se realiza matriz de priorización I oferta virtual 2025

Se realiza reunión con coordinadores para exponer metas 2025

Se realiza reunión con coordinadores para exponer presupuesto 2025

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

NATHALIE TARAZONA ROJAS
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,

MAYRA ALEJANDRA APONTE DAZA
PROFESIONAL G01

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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

23/01/25 15:44:34 USUARIO: SIC - C.C. 1100954794

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-25, 08:41:04 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068658291

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

PAGADO 06/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NATHALIE TARAZONA ROJAS		
Documento	CC1100954794	**Dirección**	CALLE 18 N 3-10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3007886940
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SAN GIL	**Departamento**	SANTANDER
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1100954794	NATHALIE TARAZONA ROJAS	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.800.000	$ 225.000	0,522	$ 1.800.000	$ 9.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 522.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 0	$ 288.000	$ 225.000	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 522.400	$ 0	$ 522.400

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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Nathalie Tarazona Rojas, identificado(a) con CC número 1100954794, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1100954794
NOMBRES Y APELLIDOS	Nathalie Tarazona Rojas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	11/04/1989
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	02/09/2014
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/01/2025
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	223 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	24/11/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 901440630 CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE ESPECIALIZADA CENAC EDUCACION Desde 01/09/2024 Hasta 31/01/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1100954794 NATHALIE TARAZONA ROJAS Desde 01/01/2024 Hasta 31/12/2024N.I.T. 901440630 CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE ESPECIALIZADA CENAC EDUCACION Desde 01/03/2024 Hasta 31/07/2024N.I.T. 901440630 CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE ESPECIALIZADA CENAC EDUCACION Desde 25/08/2023 Hasta 31/12/2023

Generado por interfaces 14/01/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Nathalie Tarazona Rojas, identificado(a) con CC número 1100954794, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces 14/01/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141055688550

(415)7707212489984(8020) **000014105568855 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 0 9 5 4 7 9 4	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 0 9 5 4 7 9 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TARAZONA	ROJAS	NATHALIE	

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 11 97 41 BRR CHICO NORTE

42. Correo electrónico: nathytarazona@hotmail.com

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

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

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	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) NATHALIE TARAZONA ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1100954794 realizó el día 23/01/2025 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 NATHALIE TARAZONA ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1100954794 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.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) NATHALIE TARAZONA ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1100954794 el día 23/01/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 20/01/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 53164745
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 NO 8-69				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	servicioalciudadano@sena.edu.co				
Teléfono:	5461500		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 53164745	DIANA PAOLA ZAQUE FERNANDEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	7	21/01/2025	CC 1100954794	TARAZONA ROJAS NATHALIE	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A0A42DC7C89B880038481295B27285E6 Certificado impreso el día 1/20/2025 9:17:21 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

NATHALIE
TARAZONA ROJAS
1100954794

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 303.128

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

TARAZONA ROJAS NATHALIE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	35 AÑOS 9 MESES 5 DÍAS	CC	1100954794
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PROFESIONAL PLANEACION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
.VISIOMETRIA.	✓	PRUEBA PSICOTECNICA 16PF	✓

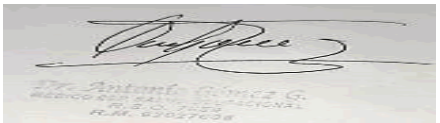
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ A PELIGROS	PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD.
SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: GOMEZ GAMARRA ANTONIO CARLOS

R. M.: 5696 DE 26-07-2023 **L.S.O.:** RES. 5496/2023

Código de Seguridad
F652L1R303128

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TARAZONA ROJAS NATHALIE

CC: 1100954794

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012

Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



EXAMEN DE .VISIOMETRIA.

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 149,095

Fecha: 15/01/2025 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 1100954794 **Nombre:** TARAZONA ROJAS NATHALIE **Edad:** 35 AÑOS 9
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** PROFESIONAL PLANEACION **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: BOGOTA **Motivo Consulta:** VISIOMETRIA

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
CIRUGIAS OCULARES	CIRUGIA REFRACTIVA BILATERAL HACE 11 AÑOS
USO CORRECCION OPTICA	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.50M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	0.50M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 15	0.50M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

NO REQUIERE USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE SE DAN PAUTAS DE HIGIENE VISUAL Y OCULAR

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: ARIZA SALAMANCA GISSELA
R. M.: 1020823027 **L.S.O.:** 2018/06

Código de Seguridad
E652K3Q149095

PACIENTE

Firma:
Nombre: TARAZONA ROJAS NATHALIE
CC: 1100954794

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012
Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Fecha:** 15/01/2025

Número de Identificación: 1100954794 **Nombre:** TARAZONA ROJAS NATHALIE **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 11/04/1989 **Edad:** 35 AÑOS 9 MESES 5 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	82 mg/dL	65- 100 mg/dL
METODO	ESPECTROFOTOMETRIA	
OBSERVACIONES		

Bacteriólogo

Firma:



Nombre: ELSY CAROL DURAN LEONOR
RM: 23881930

Codigo de Seguridad
M652S32Y454362

Paciente

Firma:

Nombre: TARAZONA ROJAS NATHALIE
CC: 1100954794

Prueba Psicotécnica

Nombre: NATHALIE TARAZONA ROJAS

Documento: 1100954794

Fecha de evaluación: 15 de enero de 2025

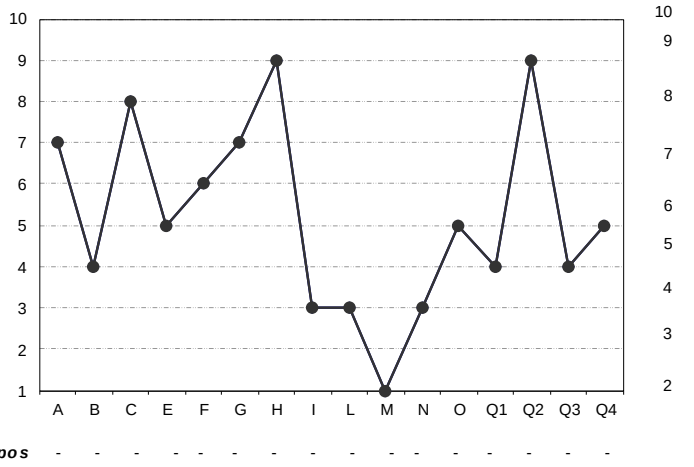
Proceso realizado: aplicación pruebas psicotécnicas:

El cuestionario 16 PF: instrumento de medida de la personalidad a partir de criterios factoriales, este instrumento de evaluación tiene como principal función estudiar y valorar los rasgos de personalidad a partir de diversos factores (dieciséis principales y cinco secundarios o globales en la última versión).

Dichos factores son bipolares, es decir, van en un continuó que va de un extremo del rasgo al otro, situándose la puntuación de la persona evaluada en algún punto de dicho continuo, **si uno de los factores es la dominancia, uno de los polos refleja a una persona autoritaria, competitiva e independiente** mientras que el otro indicaría una persona sumisa, conformista y dependiente de los demás, estando la mayor parte de la población en una situación intermedia.

Informe final:

14	A	Reservado/Abierto	7
7	B	Rto.Concreto/Abstracto	4
24	C	Inestabilidad/Estabilidad emocional	8
10	E	Sumiso/Dominante	5
15	F	Prudente/Impulsivo	6
17	G	Despreocupado/Escrupuloso	7
24	H	Timido/Espontáneo	9
8	I	Racional/Emocional	3
6	L	Confiado/Suspicaz	3
5	M	Practico/Soñador	1
8	N	Sencillo/Astuto	3
7	O	Seguro/Inseguro	5
8	Q1	Tradicionalista/Innovador	4
14	Q2	Dependencia Del Grupo/Autosuficiencia	9
12	Q3	Desinhibido/Controlado	4
7	Q4	Tranquilo/Tensionado	5



P.Directos *Decatipos*

IP= Indicador a profundizar

Concepto Final

De acuerdo con los resultados del proceso, se observa a la persona motivada en función del cargo a desempeñar, se considera que posee capacidades para este.

***CONSIDERACIONES**: El informe anterior es un resumen. Este informe está diseñado para asistir en los procesos de selección, evaluación, desarrollo o formación, y asesoramiento. El informe no debería nunca utilizarse por sí solo, si no siempre en conjunción tanto con una entrevista, como con un proceso de evaluación de la experiencia, educación, cualificaciones, competencia y formación de la persona.*



Profesional Responsable
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, y Riesgos Laborales
Reyvelt IPS