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 FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**13079-519843**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARICELA HERRERA DEVIA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.466.931	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mherrera@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055000550020874 8
IP/Nº de contacto:	3208106486	**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**	NO

¿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	SI
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:	7410560/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**7925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**06/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.598.120
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 38.598.120
Valor Bruto Pago:	**$ 2.859.120,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.739.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.859.120	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	**$ 2.859.120**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.813.620**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 34.700	$ 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	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 605.000	
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	1.813.620,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.453.320,00	
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	23.699,00	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	**$2.835.421,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

registros de enfermeria , medicamntos ,presentacion y cuidados

encuentros virtuales

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

MARICELA HERRERA DEVIA
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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
INSTRUCTOR

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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

20/02/25 06:55:56 USUARIO: SIC - C.C. 52466931

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 Maricela Herrera Devia, identificado(a) con CC número 52466931, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52466931
NOMBRES Y APELLIDOS	Maricela Herrera Devia
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	23/09/1979
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	15/01/2002
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	640 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	10/04/2008
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 830132432 SIS VIDA S A S Desde 07/06/2017 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 52466931 MARICELA HERRERA DEVIA Desde 18/04/2022 - Vigente

Generado por interfaces 18/02/2025

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARICELA HERRERA DEVIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52466931,** se encuentra afiliado/a desde **29/03/2004** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141098379644

(415)7707212489984(8020) 000014109837964 4

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

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
HERRERA	DEVIA	MARICELA	

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
CL 69 F 26 52 SUR

42. Correo electrónico maricelaherreradevia@yahoo.es

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52466931		HERRERA DEVIA MARICELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 4 sur # 19 A 38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1185024785	9479293715	I	2025/01/10	2025/01/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$458,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,480,435	$236,900			$1,480,435	$185,100			$0	$0			$1,480,435	$36,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,480,435	$236,900			$1,480,435	$185,100			$0	$0			$1,480,435	$36,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,480,435	$236,900			$1,480,435	$185,100			$0	$0			$1,480,435	$36,100		$0	$0
1	CC	52466931	HERRERA MARICELA	25-14	30	$1,480,435	$236,900	EPS005	30	$1,480,435	$185,100		0	$0	$0	14-11	30	$1,480,435	$36,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,480,435	$236,900			$1,480,435	$185,100			$0	$0			$1,480,435	$36,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52466931		HERRERA DEVIA MARICELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 4 sur # 19 A 38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1185024785	9479293715	I	2025/01/10	2025/01/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$458,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$0	$0	$236,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$236,900	$0	$0	$236,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,100	$0	$0	$36,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,100	$0	$0	$36,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,100	$0	$0	$185,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$185,100	$0	$0	$185,100
TOTAL				1	$458,100	$0	$0	$458,100

ARL

Medellin, 20 de febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **MARICELA HERRERA DEVIA** con documento de identidad **C52466931**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SENA** con NIT **N899999034**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-02-06	2025-12-23	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000392658

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 26/01/2023 12:39:52

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: MARICELA HERRERA DEVIA **C.C** 52466931

EDAD 43 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☑		
Optometría	☐	**¿Cuáles?** ANTIGENO E HEPATITIS B					
Audiometría	☐						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

VALORACION PSICOLOGIA
ENFASIS MUSCULOESQUELETICO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ NUTRICION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.
SE SUGIERE NO REALIZAR LABORES EN ALTURAS
SE SUGIERE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS , SE RECOMIENDA INCLUIRLO EN EL PROGRAMA DE ESTRÉS, , SST QUE TENGA LA COMPAÑÍA .

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 26/01/2023 12:39:52

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: MARICELA HERRERA DEVIA **C.C** 52466931

EDAD 43 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **26/01/2023**

Doc. Identidad **CC 52466931** Nombre **MARICELA HERRERA DEVIA** Fecha Nacimiento. **23/09/1979**
Entidad **PARTICULAR** Edad **43 años** Ocupación **INSTRUCTOR**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa SECRETARIA -EXM - OPTO - PL Cargo INSTRUCTOR Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn EPS E.P.S. SANITAS S.A. ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **1 AÑO** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI (X) NO ( ) Cual ? **REFRACTIVA OI HACE 6 AÑOS**
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminucíón visual de cerca (X) Disminucíón visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				**20/200**	**20/20**
OI				**20/70**	**20/40**
AO					

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			º	
OI			º	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **ORTHO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **N** Versiones: **N** PPC: **4CM**

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**40"ARCO**	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	(X)	(X)
Gafas no formuladas	( )	( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica (X) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H520 HIPERMETROPIA
H522 ASTIGMATISMO
H523 ANISOMETROPIA Y ANISEICONIA

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
PH OI 20/40

OBSERVACIONES



PAOLA ANDREA ARENAS PANTOJA
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 1031125063 RM:

Informe valoración psicológica – psicosocial

Fecha: 26 de ene 2023	Empresa: Particular	Cargo: Instructor
Nombre: Maricela Herrera Devia	CC: 52466931	Edad:43 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Condiciones Extralaborales				X	
Sintomatología asociada al estrés				X	

Valoración del riesgo

Sin riesgo, No amerita desarrollar actividades de intervención, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de promoción.	
Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible. (Se recomienda realizar pausa activas y mentales, incluirla el programa de estrés, seguridad, que tenga la compañía de la empresa)	X
Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud.	
Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.	

Daniela Estefanía Gómez Ávila
Esp. Psicología Ocupacional y Organizacional
Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Ávila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

Dircc: CALLE 27 SUR No 19-07 Tel : 2784705

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 26/01/2023 13:16:47

Fecha 26/01/2023 09:35:00

Doc: **52466931** Nombre : **MARICELA HERRERA DEVIA** Edad : **43 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
GLICEMIA BASAL				
RESULTADO	94	70	110	mg/dL

Katherine Díaz G.
Bacterióloga y Lab. Clínico
Universidad de Santander
TP 54-172

LISBETH KATHERINNE DIAZ GOMEZ
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1090424706 RM:

HEPATITIS B ANTIGENO E	
RESULTADO	NEGATIVO
TECNICA	INMUNOENSAYO CROMATOGRAFICO RAPIDO PARA LA DETECCION CUALITATIVA.
SENSIBILIDAD	>99.0%
ESPECIFICIDAD	>99.0%
EXACTITUD	>99.0%

Angela Rojas L.
BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO
U.C.M.S.
C.C. 1 013 650 238

ANGELA LIZETH ROJAS LEYTON
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1013690238 RM:

idime

24-E24-968906

Página N° : 1 of 1
Fecha ingreso : 03/02/2020 06:50:59 PM
Fecha de muestra: 03/02/2020
Fecha impresion : 04/02/2020 02:24:59 AM

No. de Orden	: E24-968906	No. Interno	: E24-968906
Paciente	: HERRERA DEVIA MARICELA	Edad	: 40 a 4 m 10 d
Documento Id	: 52466931	Teléfono	: 7482974
Empresa	: CLINISUR IPS 1 LTDA.	E-Mail	: @
Sede	: LAB REFERENCIA	No. Autoriza	: 01

HBSAC**

QUILEI2

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
	HORMONAS		
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	1000	UI/L	0 - 0

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10 IU/L
Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Validó: Reg 53083272 ANGELA ORTIZ ROJAS 04/02/2020 01:55 AM

FIRMA

Director Laboratorio

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Fase pre analitica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)
Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
TV Sarampión Rubéola	Única	30-05-2011.	Trimovax.	Clin. Inf. Colsubs.
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	26-05-200.	Tetavax.	Clin. Americas
	2	28-06-2010	Tetavax.	Clin. la soledad.
	3	03-08-2011	Tetavax.	Clin. Inf. Colsub
	4	09-08-2013	024L1009C	H. Tunjuelito
	5	2 MAY 2019	Biologicol 22150151=18	Cl. Colsubsidio
Contra Hepatitis B	1	12-09-2011	Engerix B.	
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	29-04-19	Sanofi 139975	Liana Torre
Otras	Varicela	25-08-13	2da: 1ro: 08-08-201	
	Hepatitis A y B.	03-08-2011	Clínica J.C	

Certificado de Vacunación

Institución: Excelsa Salud.

Nombre: Marizela Herrera

Identificación: SZ4669 31 Tel.: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza	1	17-DIC-24	H25	Marizela S
Tetanos	1	17-DIC-24	220800mm	Marizela S
HB	1	17-DIC-24	236HB004	Marizela.

Powered by CamScanner