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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**58473-338336**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	AMPARO SUA ESTEPA	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	52.528.426	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	asua@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4922009222
IP/Nº de contacto:	15860	**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:	7424232/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**17325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025**	**Al**	**28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.528.280
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:			**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.622

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.658	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	**$ 3.219.658**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.683.815**	**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 I		$ 7.500	$ 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		$ 345.803	
Dependientes hasta		$ 321.966	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 535.000	
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	1.683.815,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.813.858,00	
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	27.182,00	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	**$3.192.476,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, alin
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proceso
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efici
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habi
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Forma
Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversas (

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

AMPARO SUA ESTEPA
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,

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

22/02/25 15:15:07 USUARIO: SIC - C.C. 52528426

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-17, 11:33:33 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068416734

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810680209

PAGADO 17/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AMPARO SUA ESTEPA		
Documento	CC52528426	**Dirección**	CRA 68 D 1 34
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3114897614
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
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 APP	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 52528426	AMPARO SUA ESTEPA	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.800.000	$ 225.000	0,522	$ 1.800.000	$ 9.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.800.000	$ 36.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 558.400

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	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 225.000	$ 9.400	$ 36.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 558.400	$ 0	$ 558.400

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.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) AMPARO SUA ESTEPA identificado(a) con CC. 52528426 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2004/02/13**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SOACHA VENTURA TERREROS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 21 días del mes de 02 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AMPARO SUA ESTEPA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52528426,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2023** 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 21 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 141112904128

(415)7707212489984(8020) **000014111290412 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 5 2 8 4 2 6	0	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 5 2 8 4 2 6	

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
SUA	ESTEPA	AMPARO	

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: AC 57 R SUR 73 I 35

42. Correo electrónico: prevenirhseqsas@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 0 2 0	2 0 1 2 0 1 0 3	7 0 1 0	2 0 1 2 0 1 0 3		8 5 4 2	8 5 4 1

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **AMPARO SUA ESTEPA** identificado con **CC** No. **52528426**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012786686.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) AMPARO SUA ESTEPA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52528426 realizó el día 21/02/2025 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 AMPARO SUA ESTEPA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52528426 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 -

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4922009222 , con fecha de apertura 27 de Mayo de 2021 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): AMPARO SUA ESTEPA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 52.528.426

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Febrero de 2025 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	1025159552	LUCIANA LOPEZ SUA	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



AMPARO SUA ESTEPA
C.C. 52528426

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 62483146

NUIP 1025159552

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 21 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A B D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ	SUA

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes OCT Día 06	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA-SANTANDER-BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
DOCUMENTO AUTENTICO	

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SUA ESTEPA AMPARO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52528426	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: LOPEZ MORENO CARLOS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79812947	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOPEZ MORENO CARLOS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79812947	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes DIC Día 11	CARMIÑA CASTILLO PRIETO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

AUTORIZADO POOR CARMIÑA CASTILLO PRIETO NT 21 ENC RESOLUCION No. 12720 DE 17 DE NOVIEMBRE DE 2023.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
900146367

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 18/02/2023 BOGOTA D.C
Paciente: AMPARO SUA ESTEPA
Género FEMENINO **Edad:** 43
Fecha Nacimiento: 07/08/1979
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección AV CLL 57 R SUR # 73 I 35
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52528426
Teléfono **Móvil:** 3114897614
Cargo: INSTRUCTORA
EPS: FAMISANAR
Escolaridad: ESPECIALIZACION

Informe de Laboratorio: 240245

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
COLESTEROL HDL	34.8	>40 mg/dl	
COLESTEROL LDL	42.6	Hasta 150 mg/dl	
CUADRO HEMÁTICO CON RECUENTO DE PLAQUETAS	SIN ALTERACION		
LEUCOCITOS.	5.6 /mm3	5.0 -10.0	
ERITROCITOS	5.11		
HEMOGLOBINA.	15.5 Gr%	12-5 16.5	
HEMATOCRITO.	45.5 %	36.0-50.0	
RECUENTO DE PLAQUETAS	261.000 Plaq/mm3	150.000 - 450.000 Plaq/mm3	
LINFOCITOS.	37.3 %	17.0 - 48.0	
MONOCITOS	6.9 %	4.0 - 10.0	
NEUTROFILOS	55.8 %	43.0 - 76.0	
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION	70 - 110 mg/dl	
GLICEMIA BASAL	87 mg/dl	70- 110 mg/dl	
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION		
COLESTEROL TOTAL	170 mg/dl	HASTA 250	
TRIGLICERIDOS	128 mg/dl	HASTA 200	









LORENA. POLO TORRES

52528426

01747

Profesional

AMPARO SUA ESTEPA

Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52528426-240245

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	18/02/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	AMPARO SUA ESTEPA	**Identificación:**	52528426
Género	FEMENINO **Edad:** 43	**Teléfono**	**Móvil:** 3114897614
Fecha Nacimiento:	07/08/1979	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	AV CLL 57 R SUR # 73 I 35	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

APA BATERIA	FLUIDEZ VERBAL ADECUADA FACILIDAD NUMÉRICA ADECUADA RAPIDEZ DE PERCEPCIÓN ADECUADA SITUACIONES CONFLICTIVAS ADECUADAS MANEJO DE HERRAMIENTAS ADECUADAS ASOCIACIÓN LÓGICA ADECUADA ATENCIÓN VISUAL ADECUADA
OPTOMETRIA	SE RECOMIENDA EL USO DE LENTE DE PROTECCION FILTRIO UV + AR PARA COMOPUTADOR - CONTROL ANUAL - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
MEDICINA OCUPACIONAL	EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION
CUADRO HEMÁTICO CON RECUENTO DE PLAQUETAS	SIN ALTERACION
COLESTEROL HDL	34.8
COLESTEROL LDL	42.6
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIÒN, RIESGO CARDIOVASCULAR POR FRAMINGHAM AJUSTADO PARA COLOMBIA 0.3% BAJO RIESGO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, 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 realizarme 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. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

LORENA WALTEROS
Dra. Lorena Walteros
Médico General
C.c 1057546653
Esp. Medicina Ocupacional
Res. 25-1092 2018



INGRID LORENA WALTEROS CHAPARRO

Médico Especialista en Salud Laboral

25-1092de2018
WALTEROS

AMPARO SUA ESTEPA 52528426

Firma y cédula del Paciente

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

EMPRESA :	SENA	CARGO :	INSTRUCTORA
NOMBRE :	AMPARO	APELLIDOS :	SUA ESTEPA
FECHA :	febrero 18, 2023	No CEDULA	52.528.426
NIVEL ESTUDIOS (Bachi. 1 Univer. 2) :	1	CALIFICACION :	MUY SUPERIOR

AREA DE ACTITUDES

	A	M	B		A	M	B
FLUIDEZ VERBAL Facilidad de encontrar rápidamente las palabras apropiadas.		X		**HERRAMIENTAS** Capacidad de relacionar actividades cotidianas con herramientas necesarias.	X		
FACILIDAD NUMERICA Habilidad para ejecutar operaciones matemáticas en forma correcta.				**ASOCIACION LOGICA** Capacidad de encontrar la secuencia que explique la causa o la variación de un fenómeno.	X		
RAPIDEZ DE PERCEPCION Identificar rápidamente dentro de un conjunto detalles determinados.	X			**ATENCION VISUAL** Capacidad de recordar una cosa relacionándola con otra ya parecida.	X		

SITUACIONES CONFLICTIVAS

Tiene tendencia a ser "Acelerado" ante situaciones de alta presiòn - se manifiesta abierto y con reacciones

HABILIDADES CORPORATIVAS

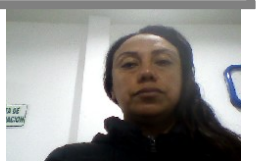
Comunicación	Presenta características de Comunicación estable sin mayor efecto sobresaliente.
Trabajo en Equipo	No demuestra gran acción en la participación de actividades en el grupo, manteniendo si su actividad.
Manejo de Conflictos	Mediador de situaciones No entra fácilmente en conflictos.
Sociabilidad	Su compromiso social es bueno, tiene tendencia a ser buen compañero y de amplitud social.
Factor Emocional	Demuestra alto control emocional - emocionalmente estable y genera condiciones de equilibrio.
Liderazgo	Desea Crear situaciones especiales dentro del grupo pero es de perfil genérico.
SUMATORIA	Persona con una situación de orden organizacional estable, sus condiciones normales no genera conflicto y se adapta bien a la organización.

FUNDAMENTOS CARACTEROLOGICOS : **TIPOLOGIA** SANGUINEO

El sanguíneo es calmado, perseverante, algo impaciente- Suele ser educado, cuidadoso en su vestir, y meticuloso - Decidido en sus cosas, contento de sí mismo y valeroso - Moderadamente ordenado y puntual - No es el mejor en trato social y de relaciones humanas, pero no entra en conflicto - Habla con claridad para exponer sus ideas - Es persona que tiene fácilmente una respuesta para todo.

Sandra M. Calderon
T.P. 52.423.449
Psicólogo
Universidad Santo Tomás

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

Paciente: AMPARO SUA ESTEPA **Identificación:** 52528426 Impreso: 15/03/2024 - 3:21:34 p. m.
Fecha y Lugar: 18/02/2023 BOGOTA D.C

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sexo: FEMENINO **Edad:** 43 **Fecha y Lugar de Nacimiento:** 07/08/1979 BOGOTA D.C
Estado Civil: UNIÓN LIBRE **Estrato:** **Escolaridad:** ESPECIALIZACION - COMPLETA
EPS: FAMISANAR **ARL:** POSITIVA
AFP: COLPENSIONES **Profesión:**
Dirección: AV CLL 57 R SUR # 73 I 35 **Teléfono** **Móvil:** 3114897614

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Cargo: INSTRUCTORA - Descripción del Cargo: INSTRUCTORA
Empresa: PARTICULAR
Tipo de Examen: INGRESO - Antigüedad: 0 - Turno: Diurno
Materias Primas: PROPIOS DE LA LABOR
Equipos o Herramientas Utilizadas: PROPIOS DE LA LABOR

Usa elementos de protección personal: S - Control Fuente: N - Control Mediol: N - Tiempo de Exposición: 8H

Acciones Realizadas: DE PIE / CAMINANDO - DIGITAR - Pociones: SENTADO - Elementos de Protección Personal: TAPABOCA

Biológicos	*Físicos*	*Químicos*	*Biomecánico*	*Psicosociale*	*Condiciones de Seguridad*	*Fenómenos Naturales*
Virus	Ruido	Polvo	Trabajo Estático	X Contenido de la Tarea	Mecánico	Sismo
Bacterias	Iluminación	Fibras	Esfuerzo Físico	X Relaciones Humanas	Riesgo Eléctrico	Terremoto
Hongos	Vibración	Líquidos	Manejo de Cargas	Riesgo Contra Persona	X Locativo	Vendaval
Ricketsias	Temperatura	Gases	Posturas Forzadas	Secretos del Producto	Tecnológico	Inundación
Parásitos	Presión Atmosférica	Vapores	X Trabajo Sedente	Secretos del Proceso	Accidente de Tránsito	Derrumbe
Picaduras	Radiación Ionizante	Humo	X Movimientos	Gestión Administrativa	Público	Precipitaciones
Mordeduras	Radiación No Ionizante	X Material Particulado		Organización del Tiempo	Trabajo en Alturas	
Fluidos o Excrementos					Trabajo en Espacios Confinados	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo de Exposición	Riesgos	Biológico	Físico	Químico	Biomecánico	Psicosocial	Seguridad	F.Naturales
INTERVENTORIAS	INPECTORA SST	1 MES		-	X	-	X	X	X	-

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. HTA	N	
2. INFARTO	N	
3. ACV	N	
4. ALERGIAS	N	
5. ULCERA PÉPTICA	N	
6. DIABETES	S	MADRE
7. ASMA	N	
8. T B C	N	
9. ARTRITIS	N	
10. ENFERMEDAD MENTAL	N	
11. CANCER	N	
12. OTROS	N	

ANTECEDENTES PERSONALES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. PATOLÓGICOS	S	HIPOTIROIDISMO
2. HOSPITALARIOS	N	
3. QUIRÚRGICOS	S	TIROIDECTOMIA POR BOCIO MULTINODULAR COLOIDE+ VACIAMIENTO GANGLIONAR, APENDICECTOMIA, OSTEOSINTESIS DE TIBIA Y PERONE IZQ, LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
4. TRAUMÁTICOS	S	FX DE CUELLO DE PIE IZQ
5. ALÉRGICOS	N	
6. TÓXICOALÉRGICOS	N	
7. FARMACOLÓGICOS	S	LEVOTIROXINA 100 MCG L-S, CARBONATO DE CALCIO 1200 MG DIA, CALCITRIOL 800 MG, THR ESTROGENOS+PROGESTERONA
8. PSIQUIÁTRICOS	N	

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

9. INMUNOLÓGICOS	S	REFIERE VACUNACIÒN COVID 19 3 DOSIS 2 SINOVAC ULTIMA MODERNA
10. OTROS.	N	

RESUMEN DE ANTECEDENTES

FAMILIARES	6. DIABETES	MADRE	18/02/2023
PERSONALES	1. PATOLÓGICOS	HIPOTIROIDISMO	18/02/2023
PERSONALES	3. QUIRÚRGICOS	TIROIDECTOMIA POR BOCIO MULTINODULAR COLOIDE+ VACIAMIENTO GANGLIONAR, APENDICECTOMIA, OSTEOSINTESIS DE TIBIA Y PERONE IZQ, LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	18/02/2023
PERSONALES	4. TRAUMÁTICOS	FX DE CUELLO DE PIE IZQ	18/02/2023
PERSONALES	7. FARMACOLÓGICOS	LEVOTIROXINA 100 MCG L-S, CARBONATO DE CALCIO 1200 MG DIA, CALCITRIOL 800 MG, THR ESTROGENOS+PROGESTERONA	18/02/2023
PERSONALES	9. INMUNOLÓGICOS	REFIERE VACUNACIÒN COVID 19 3 DOSIS 2 SINOVAC ULTIMA MODERNA	18/02/2023

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

Menarca: 19 - Ciclo: 30X3 - Gravida: 0 - Partos: 0 - Cesáreas 0 - Abortos: 0 - Mortinatos: 0 - Ectópicos: 0 - FUM: 15/02/2023 - FUP: Dismenorrea: - Última Citología: HACE 2 AÑOS - Resultado últoma citología: REFIERE NORMAL - Transtornos del Ciclo: NO - Planificación: NADA

HÁBITOS

Tipo de Fumador: No Fumador - Años de Suspensión del hábito: 0 - Años de Fumador: 0 - Número de Cigarrillos al día 0
Tipo de Bebedor: Bebedor - Años de hábito: 0 - Frecuencia de Consumo: Ocasional - Tipo de Licor: - ¿Ha tenido problemas con la bebida?: S - ¿Cuál Problema?: NEIGA - Años de suspensión: 0
¿Toma algún medicamente regularmente?: N - ¿Cuál?: REFERIDO EN ANTECEDENTES
Deporte: Si - NIEGA - Frecuencia: N/A
Psicotrópicos: Si - NIEGA

Accidente de Trabajo: No Reporta

Enfermedad Laboral: No Reporta

REVISIÓN POR SISTEMAS

Tipo	Refiere	Observaciones
1. CABEZA	N	
2. OJOS	N	
3. OIDOS	N	
4. NARIZ	N	
5. BOCA	N	
6. FARINGE	N	
7. CUELLO	N	
8.TORAX	N	
9. CARDIOPULMONAR	N	
10. ABDOMEN	N	
11. GENITOURINARIO	N	
12. EXTREMIDADES SUPERIORES	N	
13. EXTREMIDADES INFERIORES	N	
14. COLUMNA	N	
15. NEUROLOGICO	N	
16. PIEL Y UÑAS	N	
17. OTROS	N	

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ASINTOMATICO ASISTE A VALORACION MEDICA OCUPACIONAL, SATO2:94%

EXAMEN FÍSICO

Talla: 160 cm	Peso: 67 KG	IMC: 26.17 - - Sobrepeso	Temperatura: 37 °C	Tensión Arterial: 120/80	Frecuencia Cardiaca: 70
Frecuencia Respiratoria: 19	Biotipo: N/A	Lateralidad: Derecha	Estado General: Bueno	Saturación:	

CABEZA/CRÁNEO: NORMAL - OROFARINGE: Amígdalas: NORMAL - Faringe NORMAL
CAVIDAD ORAL: Dientes: NORMAL - Encias: NORMAL - Labios: NORMAL - Mucosa Bucal: NORMAL - Lengua: NORMAL - Paladar: NORMAL
OJOS: Conjuntivas: NORMAL - Córnea: NORMAL - Fondo de Ojos: NO EXAMINADO - Párpados: NORMAL
AGUDEZA VISUAL: LEJANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
AGUDEZA VISUAL: CERCANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
OÍDOS: inspección Externa: NORMAL - Otoscopia: NORMAL
NARIZ: Inspección Externa: NORMAL - Rinoscopia: NO EXAMINADO
CUELLO: inspección: NORMAL - Palpación: NORMAL
TORAX: inspección: NORMAL - Ventilación Pulmonar: NORMAL - Conformación: NORMAL - Mamas: NO EXAMINADO - Ruidos Cardíacos: NORMAL
ABDOMEN: Exploración: NORMAL - Palpación: LEVE PANICULO ADIPOSO NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS - Inspección: NORMAL
OSTEOMUSCULAR: Inspección de Columna: NORMAL - Palpación Columna: NORMAL - Miembros Superiores: NORMAL - Miembros Inferiores: NORMAL
Columna Vista Lateral: Normal - Columna Vista Posterior: Alineada - Flexibilidad Wells: IV - Lasegue: Negativo.- Compresión Radicular: Negativo
Extremidades Superiores: Tinel: Negativo - Phanel: Negativo - Finkelstein: Negativo
GENITOURINARIO: Genitales: NO EXAMINADO - Región Inguinal: NORMAL
OTROS: Equilibrio: NORMAL - Pares Craneanos: NORMAL - Marcha: NORMAL - Piel y Faneras: NORMAL - Reflejos Tendinosos: NORMAL - Sensibilidad: NORMAL - Conciencia: NORMAL
OTROS HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO: DURANTE LA ATENCIÓN SE UTILIZARON LOS EPP PARA COVID-19 DEL PERSONAL MEDICO EN CONSULTA EXTERNA, ADEMÁS SE REALIZA LAVADO DE MANOS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA OMS. SE SOLICITO AL PACIENTE CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PORTANDO TAPABOCAS ADECUADAMENTE E HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS SEGÚN LA NORMA, TODO ESTO CON EL FIN DE CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS DURANTE LA PANDEMIA.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Examen	Concepto Especialidad	Consideraciones Médicas	Diagnóstico	Recomendaciones
OPTOMETRIA			EMETROPIA	SE RECOMIENDA EL USO DE LENTE DE PROTECCION FILTRIO UV + AR PARA COMOPUTADOR - CONTROL ANUAL - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
MEDICINA			EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN MEDICO, SOBREPESO	EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19
GLICEMIA BASAL			SIN ALTERACION GLICEMIA BASAL: 87	
CUADRO HEMÁTICO CON RECUENTO DE PLAQUETAS			SIN ALTERACION HEMOGLOBINA.: 15.5 HEMATOCRITO.: 45.5 LEUCOCITOS.: 5.6 NEUTROFILOS: 55.8 LINFOCITOS.: 37.3 MONOCITOS: 6.9 RECUENTO DE PLAQUETAS: 261.000 ERITROCITOS: 5.11	
COLESTEROL HDL			34.8	
COLESTEROL LDL			42.6	
PERFIL LIPIDICO BASICO			SIN ALTERACION COLESTEROL TOTAL: 170 TRIGLICERIDOS: 128	

Impresión Diagnóstica - CIE10

Código:	Diagnóstico:	Posible Origen de la Enfermedad:	Observaciones:
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	No Definido	Ingresado en Optometria
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	No Definido	SOBREPESO

Observaciones de la Impresión diagnóstica:: EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN MEDICO, SOBREPESO

CONCEPTO DE APTITUD

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Notas: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIÒN, RIESGO CARDIOVASCULAR POR FRAMINGHAM AJUSTADO PARA COLOMBIA 0.3% BAJO RIESGO

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción:	Condiciones, Factores, Agentes Asociados:	Permanente:
NO		

REMISION A ESPECIALISTAS

Remisión:	Observaciones:
NO	

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA O AL PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

Vigilancia:	Observaciones:
NO	

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, 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 realizarme 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. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

LORENA WALTEROS
Dra. Lorena Walteros
Médico General
C.c 1057546653
Esp. Medicina Ocupacional
Res. 25-1092 2018



Profesional
INGRID LORENA WALTEROS CHAPARRO
WALTEROS

Firma y cédula del Paciente
AMPARO SUA ESTEPA
52528426