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** | **94600-467555** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | CLARA INES MORA MOLANO | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 39.526.332 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | cmoramo@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 006800918895 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **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 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:** | 7432929/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **13525** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 7 |

| | |
|---|---|
| **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** | **14/02/2025** | **Al** | **28/02/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 27.597.066 |
| **Número de pago** | **1** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 27.597.066 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 3.219.658,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 24.377.408 |

## 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** | **$ 2.104.358** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Febrero | Enero | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.104.358,00 | TARIFA |
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **1068640411** | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.813.858,00 | |
| **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 | | $ 7.500 | $ 0 | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 27.182,00 | 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% | $ 22.949.039 | $ 702.000 | | | 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** | **$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, y de gestión administrativa.
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, format
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 hab
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

**CLARA INES MORA MOLANO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

**LUIS ALEJANDRO ZARTA BAUTISTA**
**PROFESIONAL G01(E)**

**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 14:05:05 USUARIO: SIC - C.C. 39526332

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-01-03, 04:31:44 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1068640411 **Referencia pago(PIN)** 8810399639

**Periodo Cotización** 202412 **Periodo Servicio** 202412

**Clie te:**

## PAGADA 2025-01-03 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CLARA INES MORA MOLANO | | | | |
| **Documento** | CC 39526332 | **Dirección** | CLL 67 A N 70 95 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3004611492 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 39526332 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | MORA MOLANO CLARA INES | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 1.786.300 | 230301 | | 16 % | $ 1.786.300 | $ 285.900 | $ 0 | $ 0 | EPS008 | | 12,5 % | $ 1.786.300 | $ 223.300 | $ 0 | 14-23 | 1 | 0,522 % | $ 1.786.300 | $ 9.400 | CCF24 | 0,6 % | $ 1.786.300 | $ 10.800 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | POSITIVA DE SEGUROS | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 285.900 | $ 0 | $ 0 | $ 223.300 | $ 9.400 | $ 10.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 529.400 |



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!

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CLARA INES MORA MOLANO identificado(a) con Cedula Ciudadania 39526332, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20160613 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Febrero de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27960083

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**CLARA INES MORA MOLANO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.526.332**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 21 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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, **CLARA INES MORA MOLANO** identificado con **CC** No. **39526332**, 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<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 10/09/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**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): 202501012801394.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141055676202

(415)7707212489984(8020) **000014105567620 2**

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

| 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 |
|---|---|---|---|
| MORA | MOLANO | CLARA | INES |

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 67 A 70 95 BRR EL LAUREL

42. Correo electrónico clarai.mora@hotmail.com

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

## 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 1 | 2 0 1 5 1 0 0 6 | 8 5 4 2 | 2 0 1 5 1 0 0 6 | 6 9 2 0 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **22/02/2025**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CLARA INES MORA MOLANO** con **Cédula de Ciudadanía** número **39526332**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **006800918895** |
| Fecha de apertura | **25/09/2017** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) CLARA INES MORA MOLANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39526332 realizó el día 20/02/2025 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 CLARA INES MORA MOLANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39526332 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) CLARA INES MORA MOLANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39526332 el día 20/02/2025 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

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

# Certificado de Aptitud Laboral
## Ingreso



**Fecha:** 27/Ene/2023, **Hora:** 08:50:24 a.m.
**Apellido:** Mora Molano **Nombre:** Clara Inez
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 39526332
**Empresa:** Particular
**Cargo:** Instructora Sena
**Direccion:** Calle 9 # 9 /80
**Telefono:** **Celular:** 3004611491 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** Cundinamarca - Funza

**HC:** # 13382
**Edad:** 61 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 09/Jul/1961
**Rh:** A+

.

### Examenes Realizados

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Audiometria Clinica | ☐ Audiometria Tamiz | ☐ Bateria De Riesgo Psicosocial |
| ☐ Coprologico | ☐ Espirometria | ☑ Glicemia |
| ☑ Optometria | ☑ Perfil Lipidico | ☐ Vestibular |
| ☐ Visiometria | | |

**Otros:** Cuadro Hematico Tipo 5, Examen Medico Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular, Dermatologico,neurologico Y Cardiovascular, Valoracion Psicologica

### Recomendaciones Especificas

| S.V.E. | Estilo de Vida Saludable |
|---|---|
| * Sv Visual<br>* S.v.e Cardiovascular | * 2- Cambios De Estilo De Vida: Adecuada Dieta, Actividad Física, Bajar De Peso. |

| Medicas | Laborales |
|---|---|
| * Valoración Por Medicina General<br>* Uso De Gafas De Corrección óptica Para Visión Cercana | * 2- Uso De Elementos De Protección Personal Según Factores De Riesgo.<br>* 1- Capacitación En Su Cargo Según Factores De Riesgo<br>* 3- Realizar Pausas Activas Durante La Jornada Laboral Según El Programa De Seguridad Y Salud En El Trabajo De La Empresa. |

### Resumen Resultados

| Examen | Resultado |
|---|---|
| **Optometria** | Paciente Requiere Corrección óptica De Cerca, Control Anual Se Sugiere Uso De Elementos De Protección Ocular. Seguir Indicaciones Ocupacionales. |

### Concepto

Sin Restricción Para El Cargo

### Recomendaciones Personalizadas

Paciente Con Alteraciones En Resultados De Perfil Lipídico, Se Solicita Control Y Seguimiento Por Medicina General Eps.

### Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Luis A. Rangel R.
Médico Ocupacional
RM 892418
RES 5365 del 15-09-22

**Luis Rangel**
Medico Ocupacional

Clara Inez Mora Molano
CC 39526332

# INFORME DE VALORACION PSICOSOCIAL

**Tipo Doc:** CC - Cedula de Ciudadania
**Apellido:** Mora Molano
**Empresa:** Particular
**Cargo:** Instructora Sena

**Nro Identidad:** 39526332
**Nombre:** Clara Inez

**Sexo:** Femenino
**Edad:** 61 años
**Fecha:** 27/Ene/2023 08:50:24 a.m.
**Recepcion:** # 13382

## I- PRUEBAS PSICOLOGICAS

| ITEM | DESCRIPCION | | RESULTADO |
|---|---|---|---|
| **INTELIGENCIA.** | Capacidad intelectual básica. | Promedio | **APROBADO** |
| **MEMORIA.** | Memoria a corto plazo. | Conservada | **APROBADO** |
| **SUEÑO.** | Ciclo del sueño | Normal | **APROBADO** |
| **PERSONALIDAD.** | Trastornos de personalidad. | No se evidencia alteración. | **APROBADO** |

## II- RESULTADO GENETRAL

| SIN RESTRICCION ( X ) | APLAZADO ( ) | CON RESTRICCION ( ) |
|---|---|---|

**OBS:** Paciente en el momento de la evaluación cumple con los parámetros de personalidad sueño memoria y personalidad. Se muestra ubicada en las tres esferas se muestra atenta y con disposición para valoración psicológica. Niega antecedentes personales y familiares de trastornos psicológicos.

**R/ No se evidencia alteración psicológica que afecte su labor bajo presión en ámbitos sociales.**

R.P 012636 C.C 79 951 733

PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Sigmedical Plus

Report date: 2023-01-27 12:20

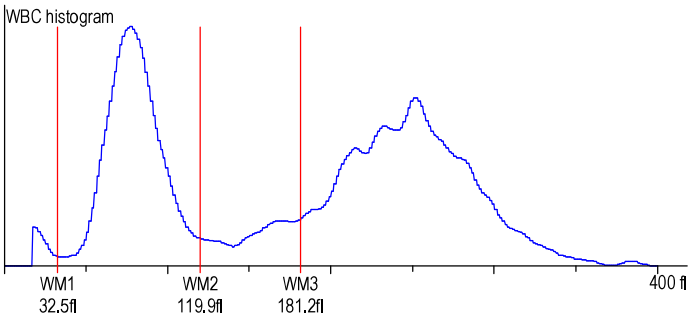
Patient ID:
Name: CLARA MORA

Birth date: 0000-00-00
Sex: -

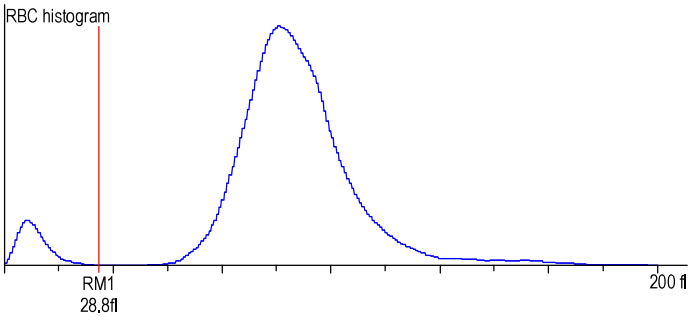
Measure type: Human
Sample ID: 58

Doctor:
Date: 2023-01-27

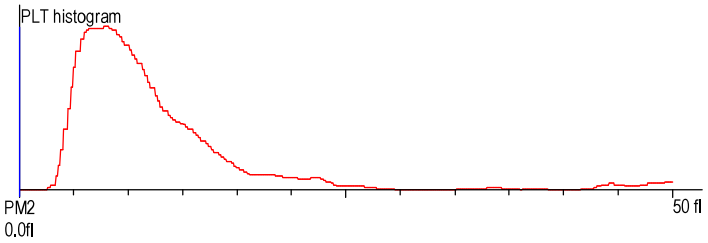
| Parameter: | | Result: | | Limit: |
|---|---|---|---|---|
| WBC: | - | 3.67 | 10^9 /l | [5.00 - 11.60] |
| LYM: | | 1.33 | 10^9 /l | [1.30 - 4.00] |
| MID: | - | 0.17 | 10^9 /l | [0.30 - 1.00] |
| GRA: | - | 2.16 | 10^9 /l | [2.40 - 7.60] |
| LYM%: | | 36.40 | % | [19.1 - 48.5] |
| MID%: | | 4.70 | % | [4.5 - 12.1] |
| GRA%: | | 58.90 | % | [43.6 - 73.4] |




| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RBC: | | 4.29 | 10^12 /l | [3.79 - 5.78] |
| HGB: | | 12.10 | g/l | [11.5 - 17.3] |
| HCT: | | 38.88 | % | [34.00 - 53.90] |
| MCV: | | 91.00 | fl | [84 - 98] |
| MCH: | | 28.30 | pg | [27.5 - 32.4] |
| MCHC: | - | 31.20 | g/l | [31.7 - 34.2] |
| RDWs: | | 41.70 | fl | [36.2 - 49.7] |
| RDWcv: | | 13.90 | % | [11.1 - 14.0] |




| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PLT: | | 216.00 | 10^9 /l | [156 - 342] |
| PCT: | - | 0.13 | % | [0.16 - 0.36] |
| MPV: | - | 6.00 | fl | [8.3 - 12.1] |
| PDWs: | - | 8.30 | fl | [11.1 - 19.7] |
| PDWcv: | | 37.90 | % | [37.8 - 43.6] |




Doctor:

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

# Resultados laboratorios



**Fecha:** 27/Ene/2023, **Hora:** 08:50:24 a.m.
**Apellido:** Mora Molano **Nombre:** Clara Inez
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 39526332
**Empresa:** Particular
**Cargo:** Instructora Sena
**Direccion:** Calle 9 # 9 /80
**Telefono:** **Celular:** 3004611491 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** Cundinamarca - Funza

**HC:** # 13382
**Edad:** 61 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 09/Jul/1961
**Rh:** A+

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|

## Cuadro Hematico Tipo 5

| | | |
|---|---|---|
| Cuadro Hematico Tipo 5 | **Ver Anexo** | |

## Glicemia

| | | |
|---|---|---|
| Glicemia Basal | **102** mg/dl | 70 a 110 mg/dl |

## Perfil Lipidico

| EXAMEN | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| COLESTEROL TOTAL: METODO ENZIMATICO COLORIMETRICO | **312** | mg / dl | HASTA 200 |
| COLESTEROL HDL: METODO PRECIPITANTE COLORIMETRICO | **61** | mg / dl | NORMAL: MAYOR DE 35 |
| COLESTEROL LDL: | **199** | mg / dl | 60 - 160 |
| TRIGLICERIDOS: METODO ENZIMATICO COLORIMETRICO | **257** | mg / dl | MENOR DE 150 |

· TIPO DE MUESTRA: SUERO

Dra. Carmen Ruiz S REG: 1042998110

**Carmen Ruiz**
Bacteriologa

Clara Inez Mora Molano
CC 39526332

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

# Optometria



**Fecha:** 27/Ene/2023, **Hora:** 08:50:24 a.m.
**HC:** # 13382
**Apellido:** Mora Molano **Nombre:** Clara Inez
**Edad:** 61 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 39526332
**Sexo:** Femenino ♀
**Direccion:** Calle 9 # 9 /80
**Telefono:** **Celular:** 3004611491 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** Cundinamarca - Funza

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo 15 Años

| Antecedentes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | | **Familiares** | | **Laborales** | |
| Hipertension Arterial | No | Hipertension Arterial | No | | No |
| Diabetes | No | Diabetes | No | | No |
| Hipercolesterolemia | No | Glaucoma | No | | No |
| Glaucoma | No | Cataratas | No | | No |
| Migraña | No | Miopía | No | | No |
| Cataratas | No | Astigmatismo | No | | No |
| Cirugías Oculares | No | Hipermetropía | No | | No |
| Traumas Oculares | No | Cancer | Si | | No |
| Cuerpos Extraños | No | | | | |
| Hipermetropía | No | | | | |
| Astigmatismo | No | | | | |
| Miopía | No | | | | |
| Presbicia | No | | | | |
| Otro? cual: | | | | | |

| Correccion | |
|---|---|
| Usa Lentes | Si |
| Cerca | No |
| De Contacto | No |
| Lejos | No |
| Bifocales / Progresivos | No |
| Presenta corrección óptica durante el examen | Si |

| Evaluacion | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Agudeza Visual** | **Visión próxima Sin corrección** | **Visión lejana Sin corrección** | **RX en Uso** | **A.V Con Correccion** |
| O.D. | 2.00m | 20/20 PH: - | Add:+3.00 | 0.50m |

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9
Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

| | | | |
|---|---|---|---|
| O.I. | 1.00m | 20/20 PH: - | Add:+1.00 0.50m |
| A.O. | 2.00m | 20/20 | 0.50m |

Oftalmoscopia

Medios Refringentes Trasparentes

Queratometría

OD: No Se Realiza

OI: No Se Realiza

| | | | |
|---|---|---|---|
| Balance Muscular | O.D. Normal | O.I. Normal | |
| **Refraccion** | **AV** | **Rx Final** | **AV** |
| O.D. Neutro | 20/20 | O.D. - | - |
| O.I. Neutro | 20/20 | O.I. - | - |
| ADD +3.00 | 0.50m | ADD - | - |
| Vision Cromatica | Normal , Ishihara | Estereopsis | Normal , 40" Arco " /> |

**Examen Externo**

| **Percepcion del Color** | | **Convergencia** | |
|---|---|---|---|
| Percepcion Anormal | No | Lejos | No |
| | | Cerca | No |

| **OD** | **OI** |
|---|---|
| Ojo Sano | Ojo Sano |

**Examen Motor**

Hirschberg: Centrado

**Conducta y Recomendaciones**

Se Realiza El Examen Con Todos Los Elementos De Protección Personal De Bioseguridad
Paciente Con Presbicia Requiere Corrección óptica De Cerca, Control Anual Se Sugiere Uso De Elementos De Protección Ocular. Seguir Indicaciones Ocupacionales.
Fondo De Ojo: Medios Refringentes Transparentes, Retina Aplicada.
Examen Externo: Sano Ambos Ojos
Paciente Refiere "tuve Una Cirugía Hace 20 Años En Donde Me Dejaron Un Ojo Para Ver De Lejos Y Otro Para Ver De Cerca

**Diagnostico**

**James David Amaya Millán**
Optometra

Clara Inez Mora Molano
CC 39526332