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 BOYACÁ

CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**69089-488309**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GLORIA ANGELICA MESA BARRERA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	24.167.627	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	angelik.mesa@gmail.com	**Número de Cuenta:**	26259130441
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:	7367334/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**6525**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales para apoyar el proceso de planeación, orientación y evaluación de las actividades de Formación Profesional Integral de conformidad con los Lineamientos institucionales y la normatividad vigente que imparte el Centro De Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área de ADMINISTRACIÓN en los programas de formación titulada y complementara

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**04/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 49.214.768
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.214.768
Valor Bruto Pago:	**$ 4.139.560,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.075.208

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.139.560	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.139.560**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.451.904**	**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		----------	**AFILIACION**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.451.904,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.545.436	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.139.560,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 193.200	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 247.300	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 16.200	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 334 - DUITAMA	25.251,00	0,610%
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		$ -		-	0,00	0%
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		$ 413.956		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 817.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$4.114.309,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO CATORCE MIL TRESCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

04 al 07 de febrero: asistir a jornada de induccion
10 al 14 de febrero: jornada de capacitación en pedagogia
17 al 21 de febrero: asesorar y apoyar en la formulación del proyecto ficha 2962797
24 al 28 de febrero: planear, orientar, registrar y evaluar formación complementaria FICHA 3156391

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

GLORIA ANGELICA MESA BARRERA
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,

Jenny A. Soler

JENNY ALEXANDRA SOLER GRANADOS
INSTRUCTOR G13

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
ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

21/02/25 16:26:06 USUARIO: SIC - C.C. 24167627

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GLORIA ANGELICA MESA BARRERA identificado(a) con Cedula Ciudadania 24167627, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'PROFITLINE S.A.S' NIT 830139404, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20181017	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
EMMA LUCIA MOLANO MESA	HI	1053453103	RC	20220428	No Registrada	Activo
SIMON ALEJANDRO FAJARDO MESA	HI	1150435170	TI	20181017	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Enero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
SENA CEDEAGRO

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.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 27593275

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:

GLORIA ANGELICA MESA BARRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **24.167.627**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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, **GLORIA ANGELICA MESA BARRERA** identificado con **CC** No. **24167627**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 03/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 24/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

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): 202501012469757.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 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 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141157917822

(415)7707212489984(8020) 000014115791782 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 4 1 6 7 6 2 7	2	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	24167627	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tibasosa 8 0 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MESA	BARRERA	GLORIA	ANGELICA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tibasosa 8 0 6

41. Dirección principal
VDA SANTA TERESA FRENTE AL COLEGIO

42. Correo electrónico peke.mesa01@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 0 2 0	2 0 1 8 0 6 0 1	8 5 2 3	2 0 2 0 0 1 0 1				3 4 1 4	

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 4 9																									

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 MESA BARRERA GLORIA ANGELICA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, 12 de Febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

NUIP - NIP	**1053453103**	**Emma Lucia Molano Mesa**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,



_____

FIRMA
Nombre: _Gloria Angelica Mesa Barrera
C.C. _____24167627 de Tibasosa

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1053453103

Indicativo Serial 61942380

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D Z X

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

COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA - NOTARIA 2 DUITAMA **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOLANO **********	MESA **********

Nombre(s)

EMMA LUCIA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ABR Día 28	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	171174075 **********

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

MESA BARRERA GLORIA ANGELICA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 24167627 **********	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

MOLANO BARRERA JULIAN ALBERTO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 74379778 **********	COLOMBIA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MOLANO BARRERA JULIAN ALBERTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 74379778 **********	

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 2022 Mes MAY Día 02	LIBIA PAULINA GOMEZ HIGUERA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	LIBIA PAULINA GOMEZ HIGUERA Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA SEGUNDA DUITAMA

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:LIBRO DE VARIOS 091 FOLIO 093;02/05/2022

* ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO *

demasa.

Hace constar:

Que el Sr(a) GLORIA ANGELICA MESA BARRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 24167627 realizó el día 10/02/2025 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:

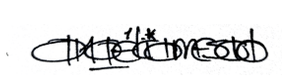
Yo GLORIA ANGELICA MESA BARRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 24167627 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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) GLORIA ANGELICA MESA BARRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 24167627 el día 10/02/2025 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

Certificación
Bancaria

Martes, 28 de enero de 2025

Servicio Nacional De Aprendizaje

Bancolombia S.A. se permite informar que GLORIA ANGELICA MESA BARRERA identificado(a) con CC 24167627, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	26259130441	2016-04-28	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 24167627 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 12/02/2025 11:32 PM

Código Verificación: **J5PTMCZ1W6**

Válida hasta: **14/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

NIT 826.001.733-1

Nombre: Gloria Angelica Mesa Barrera **Fecha:** 29/01/2025 **SID-AUDIO : 63666**

No. Identificacion: 24167627 **Empresa:** PARTICULARES Particular

Edad: 40 Años **Sexo:** Femenino **Cargo / Tipo:** Instructor Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual: Instructor
Ruido Laboral: Ninguno
Cargo Anterior: EJECUTIVA DE CUENTA
Empresa: PROFITLINE

Tiempo de Servicio: No Refiere
Proteccion Auditiva: Ninguna
Tiempo Servicio: 6 AÑOS
Ruido Laboral: No Refiere

Proteccion Auditiva Utilizada: No Refiere
Ultimo Examen de Audiometria: 8 MESES SEGUN REFIERE
Reporte Ultimo Examen: NORMAL SEGUN REFIERE USUARIA

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido



Servicio Militar:	SI ○	No ●	Tiro al Blanco:	SI ○	No ●
Moto:	SI ○	No ●	Tejo:	SI ○	No ●
Carro:	SI ●	No ○	Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	SI ○	No ●
Avion / Helicoptero:	SI ○	No ●	Discoteca:	SI ○	No ●
Natacion:	SI ○	No ●	Otros:	SI ○	No ●

Otros Cual: No Refiere Otras Actividades Extralaborales con Exposición al Ruido

III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	SI ○	No ●	Diabetes:	SI ○	No ●
Paperas:	SI ○	No ●	Sarampion:	SI ○	No ●
HTA:	SI ○	No ●	Paralisis Facil:	SI ○	No ●
Meningitis:	SI ○	No ●	Cefaleas:	SI ○	No ●
Rubeola:	SI ○	No ●	Otros:	SI ○	No ●

Otros Cual?: No Refiere Otros Antecedentes Personales

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	SI ○	No ●	Otitis:	SI ○	No ●
Otorrea:	SI ○	No ●	Cirugias de Oido:	SI ○	No ●
Acufenos / Tinnitus	SI ○	No ●	Hipoacusia:	SI ○	No ●
Vertigo:	SI ○	No ●	Rinitis:	SI ○	No ●
Sensacion de Oidos Tapado	SI ○	No ●	Sinusitis:	SI ○	No ●
Infecciones:	SI ○	No ●	Alteraciones Vias Respiratorias:	SI ○	No ●
Tapon de Cerumen:	SI ○	No ●	Otros:	SI ○	No ●

Otros: No Refiere Otros Antecedentes Otológicos

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● SI ○ No Hace Cuanto Tiempo: No Aplica

Igual por los dos Oidos: ● SI ○ No

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: SI ○ No ●
Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: SI ○ No ●

Otras: No Refiere Otro Tipo de Morbilidad al Ruido

Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta:	SI ○	No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	SI ○	No ●
Le produce mal Genio:	SI ○	No ●
Le produce Desmotivacion:	SI ○	No ●
Interfiere su concentracion:	SI ○	No ●

OTOSCOPIA

PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

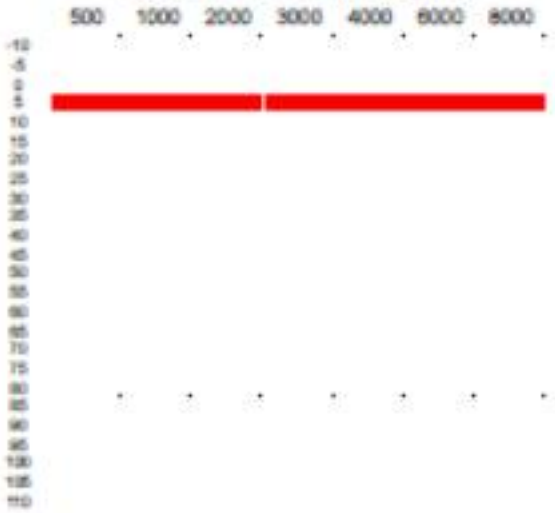
Reposo Auditivo: SI (●) No ( ) Horas Reposo: 12

Descripcion: DUITAMA Audiocups: ☑

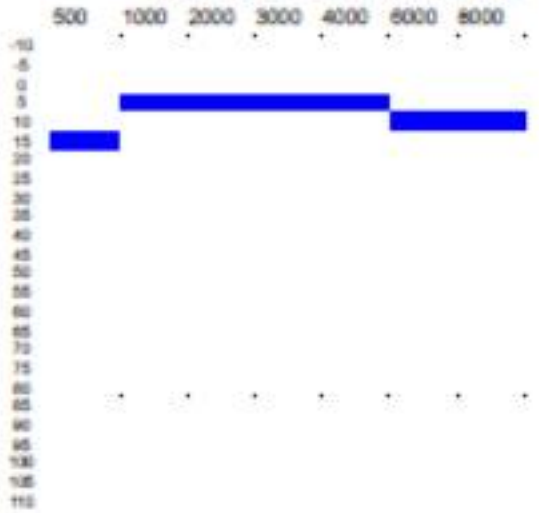
Equipo: MAICO MA42 Fecha Calibracion: 05/12/2023 Cabina: ☑



OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	20	5	5	5	5	5	5	5	5	dB
Oido Izquierdo	20	15	5	5	5	5	10	10	5	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Impresion Diagnostica: [CIE10-2011] EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Clasificacion Ocupacional:

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

Conducta: Valoracion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☑ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐



Evaluador: DIANA L. LEON / R.M. 1052406110



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho

CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.

EXAMEN DE OPTOMETRIA

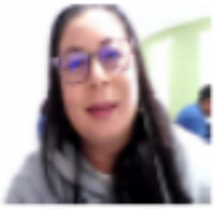
NIT 826.001.733-1

Nombre: Gloria Angelica Mesa Barrera — Fecha: 29/01/2025 12:00:00 AM — SID-VISIO : 67479

No. Identificacion: 24167627 — Empresa: PARTICULARES — Particular

Edad: 40 Años — Sexo: Femenino — Cargo / Tipo: Instructor — Ingreso

Cargo: Instructor — Area: OPERATIVO — Antiguedad:



A. Personales Visuales: No Refiere

A. Familiares Visuales: PADRES PRESBITAS

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: MEDIO AMBIENTE, VIDEOTERMINALES.

Usa Anteojos: (●) SI ( ) No — Bifocal: ( ) SI (●) No — LDC: ( ) SI (●) No

Tipo de Uso : Permanente — Trae Rx: (●) SI ( ) No

Ultimo Examen: 2024 — Ultimo Diagnostico: DEFECTO REFRACTIVO

RX EN USO — TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

OD: -0.50-0.50*17 — AV:

OI: -0.25-0.25*83 — AV:

Sintomatologia: FATIGA VISUAL Y OJO SECO

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion		PH
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
O.D.:	20/20	0.5M	20/25	0.5M	O.D.:
O.I:	20/20	0.5M	20/25	0.5M	O.I:
A.O:	20/20	0.5M	20/25	0.5M	A.O:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: PTERIGIO NASAL GI — OI: PTERIGIO NASAL GI

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO — VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal — PPC: 12 CMS

Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: SANO — OI: SANO

OTROS:

VI. QUERATOMETRIA

OD: 7.71/7.62*155 **ME:**

OI: 7.72/7.57*10 **ME:**

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: -0.25-0.50*70 **AV:**

OI: -0.25-0.25*80 **AV:**

Retinoscopia Observaciones:

VISION COLOR: OD: NORMAL **OI:** NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: x **Anormal:**

○ Corregido ○ No Corregido ○ Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	ESPERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	-0.25	-0.50	70 °	20/20
	IZQUIERDO	-0.25	-0.25	80 °	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE:					
CLASE DE FILTRO:					

Conducta: PATOLOGIA CONJUNTIVAL AO + DEFECTO REFRACTIVO AO

Impresion Diagnostica ASTIGMATISMO MIOPICO AO + PTERIGIO NASAL AO.

Observaciones USO DE GAFAS CON LENTES DE ALTO FILTRO. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Adriana M. Mendoza G.

Evaluador: ADRIANA MENDOZA / Tarjeta Prof. 2644 del CTNPO

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho

CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.

NIT 826.001.733-1



Nombre: GLORIA ANGELICA MEGA BARRERA **SID : 68182**
No. Identificacion: 24167627
Edad: 40 Años **Sexo:** Femenino
Nro. Ordenamiento: 119315

Fecha de Recepcion: 29/01/2025 09:02:59
Fecha de Impresion: 29/01/2025 03:55:10 pm
Entidad: PARTICULARES
Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad de Medida	Valor Biologico de Referencia
1. **Glicemia** **Metodo: Enzimático - Colorimétrico**	83	mg/dl	60-110 mg/dl
2. **PERFIL LIPIDICO**			
COLESTEROL TOTAL	175	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	40.5	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria. Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria. Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	**240**	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	**48**	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	86.5	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	4.3		0 - 5.7

Observaciones: Valor de Triglicéridos alto

Natalia Cortes

NATALIA CORTES
BACTERIOLOGA - CNB 38487

CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.
EVALUACION PSICOLOGICA
NIT 826.001.733-1

Nombre:	Gloria Angelica Mesa Barrera	**Fecha:**	29/01/2025 12:00:00 AM **SID : 10878**
No. Identificacion:	24167627	**Empresa:**	PARTICULARES Particular
Edad:	40 Años **Sexo:** Femenino	**Cargo / Tipo:**	Instructor Ingreso


GLORIA MESA

HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA

1. CARACTERISTICAS PERSONALES

Gloria es una persona, expresiva, cordial en su trato, motivada para el ingreso al Sena, Reporta beun estado de salud, aunque sufre de colon irritable, esta en control-meidoc, que le recomienda: dieta- manejo del estres, ejercicio. El ultimo año tuvo mucho estres- subio 8 kilos-contorl medico en 4 meses. se le orienta a escribir para tomar el seguinniento- de las metas que se esta poniendo. .

2. ASPECTOS FAMILIARES

vive con su pareja y 2 hijos, de 15 y 3 años. su esposo es comerciante trabja independiente. Se apoyan mucho, se organizan con tiempo actividades, comparten tareas de casa los 2. comparten tiempo con los niños y abuelos. Con el padre de su hijo mayor, hubo conflicstos pero ya lo manejan bien, el aprticipa en la crianza, apoya a us hijo patinador., tiene proyecto en deporte y salir a estados unidos.

3. ASPECTOS ECONOMICOS

su ingreso es adecuado, no ha estado desempleada, tiene sus cuadros de priorizacion: cuotas por pagar, cuota para colegios de los hijos, gastos de casa,aahorra para viajes-vaciones, esta en empeño.

4. EXPERIENCIA LABORAL

Se ha formado como adminsitrador industrial- Uptc, ha trabajado en la parte contable, adminstrativa y capacitacion, conoce el sena coir entidad, azpira a ingresar como instructor.-de adultos. motivafa. termina su con ntrato en el trabao anterior esta semana.

5. HABITOS

dedica tiempo libre a salir en bicicleta, conmpartir con los niños en el campo abierto, parques, compartir con sus padres, visitarlos, sali con ellos apoyarlos ir a pueblos. Su sueño ha estado ultimamente alterado pro realizar sus paÑpeles de igureso al trabjao, pero en gener descansa, cuando hace deporte en la mañan tiene mas energia. tiene creencia en dios, y en energias.

6. ACTITUDESOrientado en tiempo, lugar y espacio, presentación adecuada, lenguaje fluido y espontáneo; afecto o estado de ánimo modulado, apariencia de conducta tranquilo, receptivo, colaborador, atento y sin fallo de memoria reportados. Adecuada introspección y prospección. Manejo de conflictos- no ha tenido. Visita en su trabjao a clientes, le gusta la interaccion, solcuionar, atender, buena relacion con supervisores. rigida-cumplida en orden-informes-tiempos de entrega. Reconoce algunos periods dfe estres- reconoce algun fuentes como el desorden- improvisacion-cambios-tiempos- se le orienta a hacer pausa- reporgramar.

7. OBSERVACIONES

Trabajador en quien no se evidencia compromiso de factores psicológicos, mentales o sociales, cumple con criterios para desempeñars como Instructor

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar estableciendo horarios para trabajar y descansar. Mantener y fortalecer sus redes de apoyo. Reservar tiempo para desarrollar nuevos intereses. Tomar comidas saludables en horarios fijos y hacer ejercicio de forma habitual. Fomentar un ambient de trabajo constructivo y seguir indicaciones del SG-SST. Buscar ayuda profesional en caso de presentar algún síntoma que afecte su salud mental.

Nombre: Gloria Angelica Mesa Barrera **Fecha:** 29/01/2025 12:00:00 AM **SID : 10878**
No. Identificacion: 24167627 **Empresa:** PARTICULARES Particular
Edad: 40 Años **Sexo:** Femenino **Cargo / Tipo:** Instructor Ingreso


GLORIA MESA

HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA

Evaluador: ELBA INES PEREZ M. / 112234

Firma y Huella Paciente:


Indice Derecho

CREADSALUD
BOYACÁ S.A.S.

RIESGO CARDIOVASCULAR ESCALA FRAMIHGHAM MODIFICADA (WILSON)

EMPRESA: Particular
NOMBRES: Angelica Maria Barrera
CARGO: Instructora
FECHA: 29-Enero-25
IDENTIFICACION: 24161627
EDAD: 40 años
GÉNERO: Femenino

PASO 1

EDAD	PUNTUACION	
	HOMBRE	MUJER
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	9
65-69	6	8
70-74	7	8

PASO 2

DIABETES	PUNTUACION	
	HOMBRE	MUJER
NO	0	0
SI	2	4

PASO 3

FUMADORIA	PUNTUACION	
	HOMBRE	MUJER
NO	0	0
SI	2	2

PASO 4

COLESTEROL TOTAL	PUNTUACION	
	HOMBRE	MUJER
< 160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
>280	3	3

PASO 5

HDL COLESTEROL	PUNTUACION	
	HOMBRE	MUJER
< 35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
> 60	-2	-3

PASO 6

PRESION ARTERIAL EN HOMBRES

SISTOLICA	DIASTOLICA <85	85-89	90-99	>100
<120	0 Ptos			
120-129	0 Ptos			
130-139		1 Ptos		
140-159			2 Ptos	
>160				3 Ptos

PRESION ARTERIAL MUJERES

SISTOLICA	DIASTOLICA <85	85-89	90-99	>100
<120	< 3 ptos			
120-129	0 Pt			
130-139		0 Ptos		
140-159			2 Ptos	
>160				3 Ptos

Cuando la P.A. sistólica y sistólica aportan distinta puntuación se utiliza el mayor de los valores

TABLA PARA LA CUANTIFICACION DEL FUNCIÓN DE LA PUNTUACION

Riesgo de ECV (10 años)		
PUNTOS	HOMBRE	MUJER
-2	2%	1%
-1	2%	2%
0	3%	2%
1	3%	2%
2	4%	3%
3	5%	3%
4	7%	4%
5	8%	4%
6	10%	5%
7	13%	6%
8	16%	7%
9	20%	8%
10	25%	10%
11	31%	11%
12	37%	13%
13	45%	15%
14	>53%	18%
15	>53%	20%
16	>53%	24%
>17	>53%	>27

*Verificar puntaje con la gráfica para determinar en Riesgo

(Fuente: cita bibliográfica 16)

Nivel del riesgo (Marque con x): ALTO | MEDIO | BAJO | SIN RIESGO

Factores de RCV adicionales no incluidos en la escala de Framingham que requieren intervención individual

Antecedente Familiar de ECV
Estrés y personalidad tipo A
Obesidad
Sedentarismo

Conducta:

Manejo de dislipidemia
Hipertension arterial
Nutricion y perdida de peso
Actividad fisica
Antitabaquismo
Psicologia

Remisión a especialista (especifique cual)

Figura 2
Tablas de riesgo Framingham por categorías (Wilson) según colesterol total
EVC: enfermedad cardiovascular

FIRMA DEL MEDICO:

CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.
CALIDAD Y SERVICIO PARA LA COMUNIDAD Y SU EMPRESA

ANEXO RESPIRATORIO

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN

DD	MM	AAAA	
29	1	2025	duitama

TIPO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Ingreso: x | Egreso: | Periódico:

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR

PARTICULAR — DUITAMA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación
GLORIA	ANGELICA	MESA	BARRERA	24.167.627

Género	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Lugar de nacimiento (Ciudad)	Edad (años)	Teléfono
Femenino: X Masculino:	27 8 1984	TIBASOSA	40	3109628204

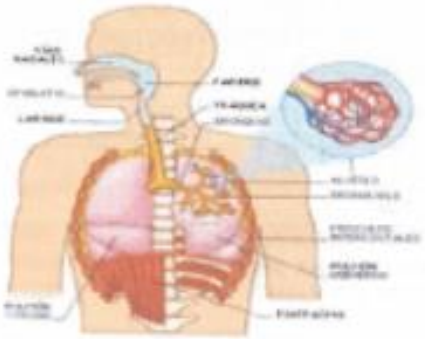
ENFERMEDAD PULMONAR O RESPIRATORIA SI: NO: X

Cuál (es): NIEGA — Fecha Diagnostico o Calificación:

REVISIÓN DEL SISTEMAS
Respiratorio

Mucosas		Cornetas		Garganta		Tos		Dolor Torácico			
Expectoración		Ahogo		Senos paranasales							
Expectoración											

SISTEMA RESPIRATORIO



OBSERVACIONES
Asintomatica

HÁBITOS TÓXICOS SI: NO: X

Alcohol

Consumidor Actual		Exconsumidor		No Consumidor	X

Frecuencia de Consumo	Diario		Semanal		Quincenal		Mensual		Ocasional		Años de consumo	

Cigarrillo / Tabaco / Pipa

Fumador Actual		Exfumador		No Fumador	X

Consumo d/a	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		Mas de 20		Años de consumo	

Otras Sustancias Psicoactivas

SI: NO: X Cuál: — Frecuencia: — Años de consumo:

EXAMEN FISICO

Tensión Arterial (mm Hg)	85/58	Frecuencia Cardiaca (x min)	64	Frecuencia Respiratoria (x min)	16	Lateralidad Dominante:	Interpretación IMC
Talla (mts)	149	Peso (Kg)	72,1	Indice de Masa Corporal (IMC)	32	Interpretación IMC	93.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

RESULTADO

ANEXO REPORTE FUNCION PULMONAR (ESPIROMETRIA)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Obesidad Grado I.

Sospecha de enfermedad profesional SI [ ] NO [X] Cual:

CONCEPTO

Apto para el cargo [X] Apto con limitaciones para el cargo [ ] No apto para el cargo [ ]

Tipo de Restricciones o Limitaciones:

RECOMENDACIONES

Remisión EPS SI [ ] NO [X] Remisión ARP SI [ ] NO [X] Reubicación laboral SI [ ] NO [X]

Tipo de Recomendaciones:

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR: Certifico que las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a ordenacudesalud s.a.s. para que suministre a la Empresa la información requerida por ella mediante, concepto y contenido Historia Clínica Ocupacional, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentación legal vigente.

Médico		**Trabajador**			
Firma:	[signature]	Firma:	[signature] 24167627		
Nombre:	Nathalia Jaime Montiel	Nombre:	MESA	BARRERA	GLORIA ANGELICA
Registro:	1018402424	Documento identificación:	24.167.627		



CREADSALUD BOYACA S.A.S.

NIT. 826.001.733-1

CALLE 16 Nº 15 - 43. TEL. 7605484- 3202309048- 3153160085

DUITAMA - BOYACA -e-mail: info@creadsaludboyaca.com

	Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente: Gloria Angelica Mesa Barrera	24167627	6354
Empresa: PARTICULARES	**Fecha Nacimiento:**	27/08/1984

Direccion: vereda santa teresa TIBASOSA | Acompañante: NO REFIERE | Telefono:No Refiere

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
96011	Femenino	40	Años	Union Libre	Profesional Universitari	DUITAMA	29/01/2025 09:06:02

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	COMPENSAR	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTOR
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE I		Estrato:	2] - Bajo

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

☑ Sin restricciones médicas para el cargo según profesiograma	☐ Con restricciones para el cargo según profesiograma (ver restricciones)
☐ Con recomendaciones médicas para el cargo según profesiograma	☐ Aplazado: Presenta condición que requiere tratamiento o valoracion antes de Ingre
☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en Alturas	☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en Espacios Confinados
☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo con Riesgo Eléctrico	☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en Temperaturas Extremas
☐ Sin Restricciones Médicas para Conducción de Vehículos	☐ Sin Restricciones Médicas para Manipulación de Alimentos
☐ Sin Restricciones Médicas para Operar maquinaria pesada	☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en alturas mayores a 2500mts
☐ Sin Hallazgos a la Evaluación Médica	☐ Presenta Diagnostico de Enfermedad Laboral Calificada (Con Soporte)
☐ Presenta Diagnostico de Accidente de trabajo(Con Soporte)	☐ Sin Diagnostico de Enfermedad Laboral o secuelas por accidente de trabajo
☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo con Manejo de Químicos	☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo con Radiación Ionizante
☐ Con Restricciones Medicas para Conducción de Vehículos	☐ Presenta Diagnostico de Accidente de trabajo (Sin Soporte)
☐ Presenta Diagnostico de Enfermedad Laboral Calificada (Sin Soporte)	☐ Con Restricciones Médicas para trabajo en Alturas
☐ Con Restricciones Médicas para trabajo en Espacios Confinados	☐ Con Restricciones Médicas para trabajo con Riesgo Eléctrico
☐ Con Restricciones Médicas para trabajo en Temperaturas Extremas	☐ Con Restricciones Médicas para Manipulación de Alimentos
☐ Con Restricciones Médicas para trabajo con Manejo de Químicos	☐ Con Restricciones Médicas para trabajo con Radiación Ionizante

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: VALORACIÓN PSICOLOGICA, EXAMEN OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, DERMATOLOGICO, RESPIRATORIO, VIGIOMETRIA, AUDIOMETRIA CLINICA, GLICEMIA, PERFIL LIPIDICO.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple Con el Perfil del Profesiograma para el Cargo Sin Restricciones..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Valoración por EPS. (Medicina General,Nutricionista). Segun I.C.M: Mejorar hábitos alimenticios, realizar actividad física. Uso de lentes de alto filtro. Tratamiento farmacologico. SALUD OCUPACIONAL: Control de Salud ocupacional periódico, Higiene Postural, Utilización EPP. Incluir en PROGRAMAS DE PYP: DVE Riesgo Visual, Cardiovascular. Se recomienda según curso de vida (edad) el cumplimiento de tamizajes según Resolución 3280 de 2018.

Certifico que el (la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizado en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará Creadsalud Boyacá S.A.S., para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a Creadsalud Boyacá S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, y para las situaciones contempladas en la misma legislación.

NATHALIA JAIME - C.C. 1018402424 / RM: LSO 190 - 05/02/2018

29/01/2025 16:24:36

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74014574-9. www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.creadsaludboyaca.com Opción SERVICIOS EN LINEA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería
COPNIACOPNIACOPNIACO



https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/WaterMarkmethod?CertificateNumber=042036-0763012%20BYC