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 DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**62499-497798**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	51.939.709	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dipacanas@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	38568790879
IP/Nº de contacto:	3133664326	**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	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:	7426805/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**25725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN TITULADA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO COMERCIO Y VENTAS Y ÁREA TEMÁTI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**18/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.908.134
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.908.134
Valor Bruto Pago:	**$ 3.986.243,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.921.891

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.986.243	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	**$ 3.986.243**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.642.243**	**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		----------	**84334065**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.594.497	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 199.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 255.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.400	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 881.000	
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	2.642.243,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.531.643,00	
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	34.116,00	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	**$3.952.127,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Realizar seguimiento y evaluación a EP de acuerdo a la Guía GFPI_G_040 a las fichas: BPO 2815114–2904925-2905022–OCR-2970191-2970192

2.Reportar las novedades académicas de 4 aprendices de las fichas asignadas

3.Realizar acompañamiento y asesoría a sesenta y cinco (65) aprendices, durante su proceso de etapa productiva

4.Realizar reuniones virtuales seguimiento a tres (3) aprendices

5.Aplicar el Capitulo III del Reglamento del aprendiz, relacionado con la entrega de evidencias

6.Presentar informe mensual de actividades correspondientes a las actividades y novedades presentadas

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

DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ
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,

JULIAN ANDRES CASTELLANOS CASTRO
INSTRUCTOR G10

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

23/02/25 22:15:15 USUARIO: SIC - C.C. 51939709

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 51939709, se encuentra Mora en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200310	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 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
27835581

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAÑAS JIMENEZ DIANA PATRICIA** identificado(a) con **CC** número **51.939.709** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2002 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025021214243

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51939709	DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ	Vereda Verganzo Conjunto Olivo Torre 5 Apto 106	3133664326	canasjdianap@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	TOCANCIPÁ	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	21/02/2025	84334065	$415.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	45	4.800	0	167.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	45	6.100	0	214.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	45	200	7.000			68	7.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	45	800	26.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	45	0	0	0
ICBF				
0	45	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	167.300
Pensión	1	208.000	214.100
Riesgos Laborales	1	6.800	7.000
CCF	1	26.000	26.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	415.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51939709	DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ		Vereda Verganzo Conjunto Olivo Torre 5 Apto 106	3133664326	canasjdianap@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	TOCANCIPÁ	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	21/02/2025	84334065	$415.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51939709	CAÑAS JIMENEZ DIANA PATRICIA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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, **DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ** identificado con **CC** No. **51939709**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 22/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 18/02/2025 **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): 202501012764851.

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14449810191

(415)7707212489984(8020) 000001444981019 1

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

IDENTIFICACIÓN

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

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
CAÑAS	JIMENEZ	DIANA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Funza 2 8 6

41. Dirección principal
CL 15 29 49 CA 61

42. Correo electrónico dpcanas@misena.edu.co

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

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
8 5 4 1	2 0 1 6 0 1 0 1						2 3 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																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 CAÑAS JIMENEZ DIANA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

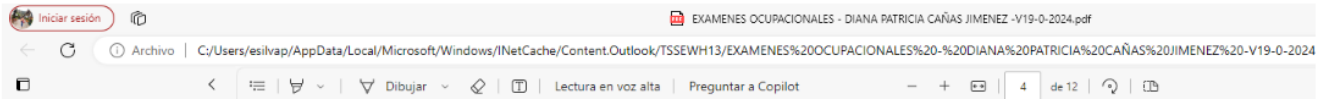
VALIDACION CONCEPTO EXAMENES MEDICOS PRE-OCUPACIONALES Recibidos ×

Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co> jue, 22 feb 2024, 10:07
para mí, Yuliet, Paola

Buenos días, respetada señora **Diana Patricia Cañas Jimenez**

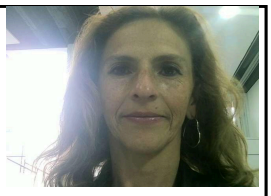
De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual de instructor.

Para completar el examen debe anexar la hoja de los resultados de exámenes de laboratorio clínico que había enviado antes. Ya que al último concepto le falta el cuadro hemático.



CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



Nombre de la Empresa		Empresa en Misión	
PARTICULAR MEDICINA			
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
111111111	Crr 49 n 49 24	4481044	Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
CAÑAS JIMENEZ DIANA PATRICIA	CC 51939709	54 Años	F

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
BOGOTA	La Calera	SOLTERO
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3133664326	LA CALERA	3133664326
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
CANASJDIANAP@GMAIL.COM	PROFESIONAL	O +

IMC	Hijos	EPS
21.78	1-2005	COMPENSAR EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO CON REFUERZO	1° NO APLICA 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
INSTRUCTOR	2024-02-17	09:34:22	10:07:15	05:23:09

Lugar de realización examen	BOGOTA HEROES

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PREINGRESO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)) SE REALIZA
EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL: SE REALIZA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (PRUEBA PSICOSENSOMETRICA)
De acuerdo con los resultados de la prueba, Se encontraron que las reacciones NO fueron acordes con los estímulos implementados en la prueba; Se recomienda PRECAUCIÓN al momento de ejercer sus actividades laborales si están enfocados en la capacidad mental y motriz.
VALORACION COMPLEMENTARIA (PRUEBA PSICOSENSOMETRICA)
De acuerdo con los resultados de la prueba, al aspirante le cuesta sostener su ATENCIÓN de forma prolongada en una misma actividad. Se recomienda PRECAUCIÓN al momento de ejercer su labor.
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL)
Se indica usar corrección óptica para visión cercana
Se presenta con gafas u lentes con formula correcta, se indica que debe continuar con sus lentes actuales y de forma permanente
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
MEDICAS PERSONALES
Se informa asistir o continuar en controles preventivos de su perfil lipídico por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud y seguir indicaciones médicas.
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.
Utilizar gafas u lentes para actividades que requieran lectura o manualidades y también actualizar anualmente la fórmula de sus lentes
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
SE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO LENTES EN VISIÓN PRÓXIMA, CONTROL OPTOMETRICO RUTINARIO . CONTROL MEDICO EN EPS DIETA BALANCEADA BAJA EN CARBOHIDRATOS ULTRA PROCESADOS, ACTIVIDAD FISICA DIARIA DE ACUERDO A DU ESTADO DE SALUD
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS CARDIOVASCULAR, ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO		
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	MEDICINA GENERAL OPTOMETRA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

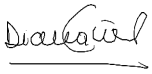
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.





Firma: _____
Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA
R.M.: RM.52969049 L.S.O.81-1164/2020

Firma: _____
Nombre: DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ
Documento: 51939709

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

LABORATORIO CLINICO

NUBIA CRISTINA TENJO F. NIT. 20.551.425-3

Impresión: 09/02/2024 19:06

INFORME DE RESULTADOS

Orden:	2402090016	**Fecha:** 09/02/2024	**Servicio :** Rutina
	Paciente	**Médico**	**Entidad**
Nombre	DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ	- -	Cliente Particular
Dirección	CL 15 29 49 CS 61 SENDEROS DE SAN ANDRES		No Aplica
Teléfono	3133664326		No Aplica
Documento	CC 51939709 **Edad:** 54 Años	**Historia:**	

Exámen	Resultado	Intervalo de Referencia

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO — Técnica: Impedancia

Eritrocitos

Recuento de Eritrocitos:	**4.73 x 10 *6/ul**	3.8 - 5.48 x 10 *6/ul
Hemoglobina:	**15.6 g/dl**	12 - 16 g/dl
Hematocrito:	**45.3 %**	37 - 47 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM):	**95.8 fl**	79 - 100 fl
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM):	**33.0 pg**	25.4 - 34.6 pg
Conc. Hemoglobina Corpuscular Media(CHCM):	**34.4 g/dl**	30 - 36 g/dl
Indice Distribución de Eritrocitos:	**12.0 %**	11.5 - 15 %

Leucocitos

Recuento de Leucocitos:	**5.9 x 10 *3/ul**	4 - 10 x 10 *3/ul
Neutrofilos:	**50 %**	30 - 70 %
Linfocitos:	**46 %**	22 - 44 %
Monocitos:	**4 %**	1 - 10 %

Valores Absolutos

Neutrofilos:	**2.95 x 10 *3/ul**	2 - 8 x 10 *3/ul
Linfocitos:	**2.71 x 10 *3/ul**	1.3 - 2.9 x 10 *3/ul
Monocitos:	**0.24 x 10 *3/ul**	0.1 - 1 x 10 *3/ul

Plaquetas

Recuento de Plaquetas	**287 x 10 *3/ul**	150 - 450 x 10 *3/ul
Volumen Plaquetario Medio:	**7.8 fl**	6.4 - 11 fl

Cristina Tenjo

Nubia Cristina Tenjo Forero
Bacterióloga Reg:20551425

QUIMICA

GLICEMIA BASAL — Técnica: Colorimetria Enzimática

Resultado:	**81 mg/dl**	70 - 100 mg/dl

PERFIL LIPIDICO — Técnica: Colorimetria Enzimática

Colesterol Total:	**274 mg/dl**	50 - 200 mg/dl
Colesterol de Alta Densidad(HDL):	**87.8 mgdl**	45 - 65 mgdl
Colesterol de Baja Densidad(LDL):	**175.8 mg/dl**	0 - 150 mg/dl
Triglicéridos:	**52 mg/dl**	40 - 150 mg/dl

Cristina Tenjo

Nubia Cristina Tenjo Forero
Bacterióloga Reg:20551425

Escaneado con CamScanner

Omnisalud
Para toda la vida

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ	**Identificación:**	CC: 51939709
Fecha de Nacimiento:	1969-03-28	**Edad:**	54
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	LA CALERA
Dirección:	LA CALERA	**Teléfono:**	3133664326
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA HEROES
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

TIPO EXAMEN

ENFASIS	

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL1**	
CAMPO ADICIONAL2		**CARGO**	INSTRUCTOR
BOTON ANTECEDENTES OCUPACIONALES			

ESTIMULOS

ATENCION CONCENTRADA	APROBADO	**REACCIONES MULTIPLES**	NO APROBADO
REACCION AL FRENADO	APROBADO	**COORDINACION BINANUAL**	APROBADO
PERCEPCION DE LA VELOCIDAD	APROBADO	**OBSERVACIONES**	De acuerdo con los resultados de la batería de pruebas cognitivas; bajo desempeño en los test que evalúan atención selectiva y sostenida, concentración y memoria a corto plazo. dentro del parámetro en tiempo de reacción y respuesta ante los estímulos. determina correctamente relaciones espacio temporales. correcto desarrollo de actividades que involucren ejecución de movimientos de coordinación y disociación. Se recomienda mantenerse siempre alerta, no realizar maniobras peligrosas, conducir con precaución y a velocidades moderadas.
CALIFICACION DE LA PRUEBA	CON RECOMENDACIONES		

TEST PSICOLOGICO

		RESULTADO PERSONALIDAD	27
CALIFICACION PERSONALIDAD	APROBADO	**RESULTADO SUSTANCIAS**	21
CALIFICACION SUSTANCIAS	APROBADO	**RESULTADO INTELIGENCIA**	11
CALIFICACION INTELIGENCIA	APROBADO	**OBSERVACIONES**	Al momento de la evaluación, no presenta según prueba sintomatología asociada a alteraciones emocionales y/o comportamentales que lleven a cambios en la personalidad. No presenta trastornos de sueño y vigilia. Niega en entrevista predisposición al suicidio, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol y cigarrillo. Niega dependencia o abuso de medicamentos que interfieran en el desempeño de sus labores. Cumple niveles de aprobación coeficiente intelectual y personalidad.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

VALORACION COMPLEMENTARIA (PSICOLOGIA) PERCEPTIVO MOTORA	De acuerdo con los resultados de la prueba, Se encontraron que las reacciones NO fueron acordes con los estímulos implementados en la prueba; Se recomienda PRECAUCIÓN al momento de ejercer sus actividades laborales si están enfocados en la capacidad mental y motriz.	**VALORACION COMPLEMENTARIA (PSICOLOGIA) PSICOSENSOMETRICA**	De acuerdo con los resultados de la prueba, al aspirante le cuesta sostener su ATENCIÓN de forma prolongada en una misma actividad. Se recomienda PRECAUCIÓN al momento de ejercer su labor.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Psicóloga
Universidad de Pamplona
T.P 137193

PSICÓLOGA
ANA BEATRIZ GONZALEZ CARRILLO
CC. 1093393322

Firma:		Firma:	
Nombre:	ANA BEATRIZ GONZALEZ CARRILLO	Nombre:	
R.M.:	137193 L.S.O. 137193	Documento:	

Ir al inicio

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Fecha: 17/02/2024
Hora: 12:18:46

Datos del Usuario			
Fecha	Nombres	Apellidos	Tipo Doc.
2024-02-17	Diana	Caï¿½as	C
Edad	Género	Cat. Licencia	Num Doc.
54	Femenino	B1	51939709

Detalles del cuestionario		
Bloque	Resultado	Num. Preguntas
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3
Control de impulsos	3	3
Transtorno de personalidad	3	3
Abuso de alcohol	3	3
Dependencia del alcohol	3	3
Esquizofrenia	3	3
Trastornos inducidos por alcohol	3	3
Consumo habitual de drogas y medicamentos	3	3
Abuso de drogas o medicamentos	3	3
Dependencia de drogas y medicamentos	3	3
Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	3	3
12. Información	1	3
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3
Disociativa	3	3
15. Comprensión	2	3
16. Aritmética	3	3
17. Transtornos del sueño	3	3
Semejanzas	2	3
20. Transtornos mentales debido a enfermedad médica	3	3
Vocabulario	3	3
Transtonos de estado de animo	3	3

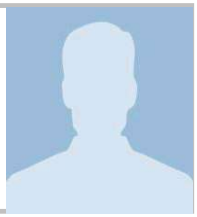
Area	Resultado	total Preguntas.	Calificacion.
Personalidad	27	27	Aprobado
Sustancias	21	21	Aprobado
Inteligencia	11	15	CI 89-95, Apto

Observaciones
Al momento de la evaluaciÃ³n, no presenta segÃºn prueba sintomatologÃ-a asociada a alteraciones emocionales y/o comportamentales que lleven a cambios en la personalidad. No presenta trastornos de sueÃ

_____
Firma evaluador

INFORME DE APTITUD PSICOMOTRIZ

N° INFORME	00000000	**FECHA EXP:**	17/02/2024
TIPO DOC	CC	**DOCUMENTO**	51936709
NOMBRE:	DIANA CAÑAS		



PARAMETRO	RANGO DE APROBACION	RESULTADO
	ATENCION CONCENTRADA	
Tiempo Medio Reaccion Respuesta	TMR Max 890 Ms	554
Tiempo Medio Reaccion en Acierto	TMRA Max 890 Ms	554
Num errores	4 errores	2
	REACCIONES MULTIPLES	
Tiempo Medio Reaccion Respuesta	TMR Max 1483 Ms	1199
Tiempo Medio Reaccion en Acierto	TMRA Max 1483 Ms	1199
Num errores	6 errores	9
	REACCION AL FRENADO	
Tiempo Promedio de Reaccion	TPR Max 867 Ms	718
	ANTICIPACION A LA VELOCIDAD	
Tiempo Promedio de Reaccion		653
	COORDINACION BIMANUAL	
Tiempo Total de Error	TTE Max 5553 Ms	463
Numero de Errores	27 Errores	2

PERSONALIDAD: APROBADO
INTELIGENCIA:APROBADO

SUSTANCIAS: APROBADO
INTELIGENCIA PRACTICA: APROBADO

RECOMENDACION

De acuerdo con los resultados de la batería de pruebas cognitivas; bajo desempeño en los test que evalúan atención selectiva y sostenida, concentración y memoria a corto plazo. dentro del parámetro en tiempo de reacción y respuesta ante los estímulos.

VALORACION

APTO CON RECOMENDACIONES

Bajo gravedad de juramento declaro que la informacion suministrada a los facultativos durante todas cada una de las exploraciones y entrevista de antecedentes referidos al historial o diagnostico corresponden.

Autorizo a eseta ips a entregar mis resultados obtenidos en el proceso de certificacion, en caso de que la ley lo requiera, y por medio de mi firma acepto las politicas de uso del certificado establecidas por este la ips

Evaluado(a)

Psicologo(a)

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ	**Identificación:**	CC: 51939709
Fecha de Nacimiento:	1969-03-28	**Edad:**	54
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	LA CALERA
Dirección:	LA CALERA	**Teléfono:**	3133664326
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA HEROES
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**campoadicional1**	
campoadicional2		**CARGO**	
PROFESION			

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES		**OBSERVACIONES**	

EN LA EMPRESA ACTUAL

ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL	**USO DE PROTECCION VISUAL**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES	PACIENTE REFIERE USAR LENTES ÚNICAMENTE EN VISIÓN PRÓXIMA.		

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	NO	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	ENTRE 6 MESES A 1 AÑO
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI	**ADICION O.D.**	ADD: +2.00SPH
ADICION O.I.	ADD: +2.00SPH		

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20	**CON CORRECCION OD**	NO APLICA
SIN CORRECCION OI	20/20	**CON CORRECCION OI**	NO APLICA
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	NO APLICA

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	1.25M	**CON CORRECCION OD**	0.5M
SIN CORRECCION OI	1.25M	**CON CORRECCION OI**	0.5M
SIN CORRECCION AO	1.25M	**CON CORRECCION AO**	0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES			

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES			

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 15/15	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	40 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES			

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	ORTHOFORIA	**COVER TEST CERCA**	EXOFORIA
PPC	NORMAL	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	NORMAL		

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**	
OBSERVACIONES			

REFRACCION

RETINOSCOPIA

OJO DERECHO	NEUTRO	**OJO IZQUIERDO**	NEUTRO
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20

SUBJETIVO Y AFINACIONES

OJO DERECHO	NEUTRO	**OJO IZQUIERDO**	NEUTRO
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20
ADD OD	+2.25SPH	**ADD OI**	+2.25SPH
AVP OD	0.5M	**AVP OI**	0.5M

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H524: Presbicia	**TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
DIAGNOSTICO 1		**TIPO DIAGNOSTICO 1**	
DIAGNOSTICO 2		**TIPO DIAGNOSTICO 2**	
DIAGNOSTICO 3		**TIPO DIAGNOSTICO 3**	
CONCEPTO			

OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA

CORRECCION OPTICA	SE SUGIERE CORRECCION OPTICA Observaciones: SE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO LENTES EN VISIÓN PRÓXIMA, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL VISUAL AL AÑO

EVOLUCION

EVOLUCION	

RECOMENDACIONES

REMISION

OFTALMOLOGIA		**OBSERVACIONES**	
CONTACTOLOGÍA		**OBSERVACIONES**	
ORTÓPTICA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
NINGUNO	1		

GENERALES

USO DE CORRECCIÓN OPTICA	1	**OBSERVACIONES**	CONTINUAR CON EL USO LENTES EN VISION PROXIMA.
LUBRICANTE OCULAR	1	**OBSERVACIONES**	
CONTROL ANUAL	1	**OBSERVACIONES**	
TRATAMIENTO OPTICO		**OBSERVACIONES**	
HIGIENE PALPEBRAL		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
VALORACION COMPLEMENTARIA OPTOMETRIA	Se indica usar corrección óptica para visión cercana||Se presenta con gafas u lentes con formula correcta, se indica que debe continuar con sus lentes actuales y de forma permanente||Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIO**	

CONTROLES

MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	1		

RESULTADO CAMPIMETRIA

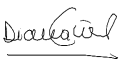
RESULTADO	

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





Firma:		Firma:	
Nombre:	INGRID ZORAIDA PALOMINO ROJAS	Nombre:	
R.M.:	LIC.SO.15612	Documento:	

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ	**Identificación:**	CC: 51939709
Fecha de Nacimiento:	1969-03-28	**Edad:**	54
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	LA CALERA
Dirección:	LA CALERA	**Teléfono:**	3133664326
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA HEROES
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL 1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

EMPRESA		**ANTIGUEDAD**	18 AÑOS
CARGO	DOCENTE	**AREA**	
EXPUESTO A RUIDO		**USO DE E.P.P.**	
TIPO	NO APLICA	**OBSERVACIONES**	

HISTORIA MANUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS

OCUPACIONALES Y PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE	**HIPOACUSIA**	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE	**MENINGITIS**	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE	**OTITIS**	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE	**OTORREA**	NO REFIERE
OTOTOXICOS	NO REFIERE	**PARALISIS FACIAL**	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE	**PRURITO**	NO REFIERE
RINITIS	NO REFIERE	**SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA**	NO REFIERE
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE	**SINUSITIS**	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE	**TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)**	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE	**VERTIGO**	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE	**VIBRACION CONTINUA**	NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

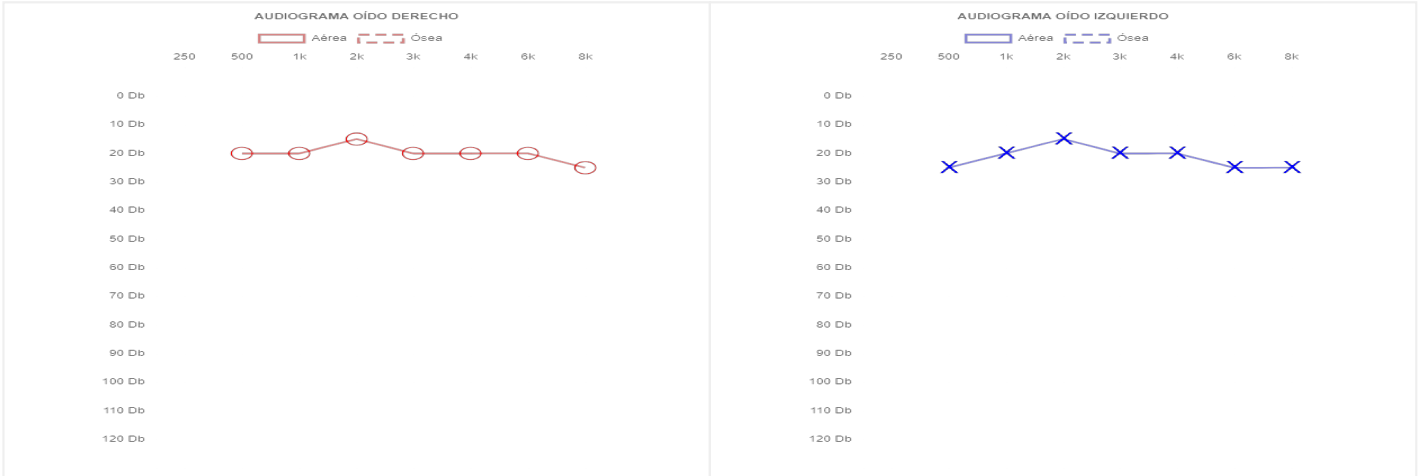
USO DE AUDIFONOS PERSONALES	NO	**DISCOTECA (CADA 8 DIAS)**	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO	**MOTOCICLISMO**	NO
SERVICIO MILITAR	NO	**JUGAR TEJO**	NO
POLIGONO	NO	**USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO**	NO
OTROS	NO		

OTOSCOPIA

OIDO DERECHO		**OIDO IZQUIERDO**	
PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL	**PABELLON AURICULAR - OI**	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL	**CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI**	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NO SE VISUALIZA	**MEMBRANA TIMPANICA - OI**	NO SE VISUALIZA
TAPON CERUMEN - OD	SI	**TAPON CERUMEN - OI**	SI
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO	**PERFORACION TIMPANICA - OI**	NO
OD OTRO		**OI OTRO**	

AUDIOGRAMA

Audiograma



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.

OD				20			20			15			20			20			20			25		
OI				25			20			15			20			20			25			25		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

INTERPRETACION

LARSEN OD	NO APLICA	**LARSEN OI**	NO APLICA
PTA OD (500, 1K y 2K)	18.333333333333332	**PTA OI (500, 1K y 2K)**	20
E.L.I OD	A - EXCELENTE	**E.L.I OI**	A - EXCELENTE
GATISST OD (500, 1K, 2K y 3K)	18.75	**GATISO OI (500, 1K, 2K y 3K)**	20
S.A.L. OD	B	**S.A.L. OI**	B
FACTOR DE PRESBIACUSIA	14		

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición	**TIPO DIAGNOSTICO 1**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
DIAGNOSTICO 2	H612: Cerumen impactado	**TIPO DIAGNOSTICO 2**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
RESULTADO	AUDICIÓN BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES	**LATERALIDAD DX1**	BILATERAL
LATERALIDAD DX2	BILATERAL		

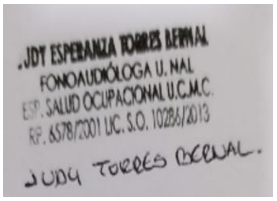
RECOMENDACIONES

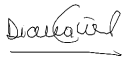
CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E.	X	**LIMPIEZA OTICA O.D.**	X
LIMPIEZA OTICA O.I.	X	**VALORACION COMPLEMENTARIA**	Su capacidad auditiva es adecuada

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Firma:		Firma:	
Nombre:	JUDY ESPERANZA TORRES BERNAL	Nombre:	DIANA PATRICIA CAÑAS JIMENEZ
R.M.:	10286 L.S.O. 10286	Documento:	51939709