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** | **18613-008958** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.015.437.267 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | msandoval@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 472970049988 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3132840034 | **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:** | 7432346/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **29125** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

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

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **14/02/2025 Al 28/02/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 46.761.694 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 46.761.694 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 2.453.072,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 44.308.622 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.453.072 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 2.453.072** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.529.772** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Febrero | Enero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **0** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 7.500 | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 510.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.529.772,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.047.272,00 | |
| 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 | 19.777,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.433.295,00** | |

**SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas...
2.Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA...
3.Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales...
4.Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad...
5.Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas...
6.Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación...
7.Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas...

**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

**MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA**
**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,

**HAROLD IVAN MERA MARTINEZ**
**INSTRUCTOR G11**

**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)**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-02-20, 05:02:45 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068052528

**Periodo Cotización:** diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

## PAGADO 04/12/2024

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA | | |
| **Documento** | CC1015437267 | **Dirección** | CL 69B #70 C - 91 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4697760 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1015437267 | MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA | 59 | 00 | | | | | | | | X | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 0,522 | $ 1.300.000 | $ 6.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.300.000 | $ 26.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 403.300 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 6.800 | $ 26.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 403.300 | $ 0 | $ 403.300 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA identificado(a) con CC 1015437267 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 05/02/2021 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR |
| Categoría: | A |

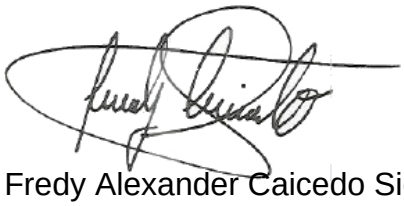
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 20 días del mes febrero del 2025 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1015437267,** se encuentra afiliado/a desde **29/07/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de febrero de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141132008796

(415)7707212489984(8020) **000014113200879 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 5 4 3 7 2 6 7 | 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 | 1 0 1 5 4 3 7 2 6 7 | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| SANDOVAL | PINEDA | MARIA | ALEJANDRA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 69 B # 70 C 91

42. Correo electrónico: alejas.p93@hotmail.com

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

## 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 |
| 0 0 1 0 | 2 0 1 7 0 6 0 8 | 8 5 4 1 | 2 0 2 1 0 1 1 8 | 8 5 4 2 | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

54. Código

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA** identificado con **CC** No. **1015437267**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 15/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025<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): 202501012581023.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 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

## Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015437267 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 MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015437267 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.

Ma. Alejandra Sandoval P.

Firma

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015437267 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

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **20/02/2025**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**SENA**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA ALEJANDRA SANDOVAL PINEDA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1015437267**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **472970049988** |
| Fecha de apertura | **07/06/2017** |

Cordialmente,

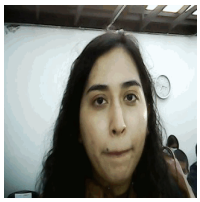
BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDILABORAL

# Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



**EMPRESA**

PARTICULAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO. CERTIFICADO** | 1.136.553 | | | | |
| **CIUDAD** | BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S | | | | |
| **FECHA** | 28/01/2023 | **TIPO DE EXAMEN** | PRE-INGRESO | | |
| **NO. DOCUMENTO** | CC. 1.015.437.267 | **EDAD** | 29 | **GENERO** | F |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | SANDOVAL PINEDA MARIA ALEJANDRA | | | | |
| **TIPO DE CARGO** | OPERATIVO | **CARGO U OFICIO** | DOCENTE DE LENGUAS EXTRANJERAS | | |

**EXÁMENES REALIZADOS**

COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA TIPO III) - ENFASIS CARDIOVASCULAR - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - OPTOMETRIA - TEST DE WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

| **CONCEPTO DE APTITUD** | **OTROS CONCEPTOS** |
|---|---|
| Sin restricciones para el cargo | NA |

**OBSERVACIONES**

INICIAR SEGUIMIENTO EPS, TERAPIA FISICA.

**RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA**

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN

**RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR**

LAVADO DE OIDOS EPS - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - RETOMAR SEGUIMIENTO MEDICO POR PARTE DE MEDICO TRATANTE - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - EVITAR REALIZA DEPORTES DE IMPACTO, HACER NATACION PILATES YOGA

**RECOMENDACIONES OPTOMETRIA**

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - FILTROS - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - EPS - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - DIARIAS

**Consentimiento informado del aspirante o trabajador**

Yo SANDOVAL PINEDA MARIA ALEJANDRA identificado con CC No. 1.015.437.267. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Laura Catalina Salazar H.
Laura C. Salazar Hdz.
Médico Especialista en S.O
RM: 11 310 33 / 2011
Especialización 11751/2015

DRA LAURA SALAZAR LSO 11751

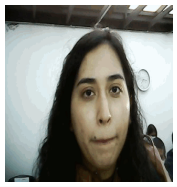
Aspirante o trabajador

Ma Alejandra S.

CC. 1.015.437.267

MEDILABORAL

## HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



**EMPRESA** PARTICULAR
**SEDE** CALLE 26
**NOMBRES** SANDOVAL PINEDA MARIA ALEJANDRA
**FECHA** 28/01/2023

### DATOS PERSONALES

**DOCUMENTO:** CC.1015437267 **FEC. NACIMIENTO:** 14/02/1993 **EDAD:** 29 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 0
**ESTADO CIVIL:** SOLTERO **ESCOLARIDAD:** BACHILLERATO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3132840034
**L. NACIMIENTO:** BOGOTA **DOMICILIO:** CLL 69 B N 70 C 91
**CORREO:** ALEJAS.P93@HOTMAIL.COM

### DATOS GENERALES

**EMPRESA EN MISIÓN:** N/A
**TIPO DE EXAMEN:** PRE-INGRESO
**EPS:** FAMISANAR **ARL:** NO REFIERE **PENSIONES:** COLPENSIONES

### INFORMACIÓN OCUPACIONAL

**TIPO DE CARGO:** OPERATIVO
**OTRO:** NO REFIERE
**CARGO A DESEMPEÑAR:** DOCENTE DE LENGUAS EXTRANJERAS
**TURNO:** DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
**DESCRIPCION DEL CARGO:** DAR CLASES DE INGLES EN INSTITUCION ACADEMICA.

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

**GENERALES:** USA MARCAPASOS POR BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO

**FAMILIARES:** MADRE HIPOTIROIDISMO

**OCULARES:** USA GAFAS PERMANENTES

**OTROS:** PACIENTE ATENDIDO SEGUN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID 19

### OPTOMETRIA

**OCUPACIÓN:** DOCENTE DE LENGUAS EXTRANJERAS **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 4 - Meses: 0
**¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?:** NO
**¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?:** SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 12/08/2021
**¿TIENE LENTES FORMULADOS?:** SI **¿HACE CUÁNTO?:** Años: 20 - Meses: 0
**FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES:** 15/01/2019 **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** SI
**TIPO DE CORRECIÓN:** MONOFOCAL **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** SI
**FORMA DE USO:**
PERMANENTES (SI) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
**¿CIRUGÍA OCULAR?:** NO

**SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

| Sintoma | Observaciones |
|---|---|
| Asintomatico | CON LA CORRECCIÓN |

| LENSOMETRIA O.D - O.I.: | TIPO DE LENTE OD - OI: | ADD O.D - O.I: |
|---|---|---|
| -2.50SPH | MONOFOCAL POLICARBOBATO AR | 0 |

**AGUDEZA VISUAL:**

| VISIÓN LEJANA | | | | VISIÓN CERCANA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OD | | OI | | OD | | OI | |
| *Sin corrección* | *Con corrección* | *Sin corrección* | *Con corrección* | *Sin corrección* | *Con corrección* | *Sin corrección* | *Con corrección* |
| 20/200 | 20/20 | 20/400 | 20/25 | 20/20 | 20/20 | 20/25 | 20/20 |

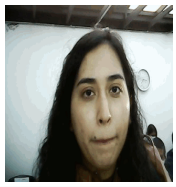
**EXAMEN EXTERNO**

| | |
|---|---|
| **OD:** NORMAL | **OI:** NORMAL |

MEDILABORAL

**HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL**

**EMPRESA** PARTICULAR
**SEDE** CALLE 26
**NOMBRES** SANDOVAL PINEDA MARIA ALEJANDRA
**FECHA** 28/01/2023



**COVER TEST**

| | |
|---|---|
| **LEJOS:** *[NORMAL]* | **CERCA:** *[NORMAL]* |

**PPC:** 1

**OFTALMOSCOPIA**

| | |
|---|---|
| **OD:** *[NORMAL]* | **OI:** *[NORMAL]* |

**PIN HOLE**

| | |
|---|---|
| **OD:** 20/20 | **OI:** 20/20 |

| | |
|---|---|
| **TIPO DE TEST:** ISHIHARA<br>**VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL]<br>**INTERPRETACIÓN:** N/A<br>**NÚMERO:** N/A<br>**TEXTO:** N/A<br>**OBSERVACIONES:** N/A | **ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]*<br>**SEGUNDOS/ARCO:** 30 |

**OTROS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **QUERATOMETRIA** | NO SE TIENE EQUIPO | **O.D.:** NO SE TIENE EQUIPO | **O.I.:** NO SE TIENE EQUIPO |

| | | |
|---|---|---|
| **RETINOSCOPIA** | **O.D.:** -2.50SPH | **O.I.:** -3.00-0.50X0 |

| | | |
|---|---|---|
| **SUBJETIVO** | **O.D.:** -2.50SPH | **O.I.:** -3.00-0.50X0 |

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

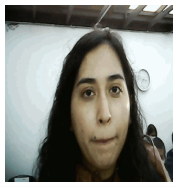
| Código | Descripción |
|---|---|
| H521 | MIOPIA |
| H522 | ASTIGMATISMO |

| | |
|---|---|
| **RECOMENDACIONES** | CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - FILTROS - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - EPS - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - DIARIAS |

| | |
|---|---|
| **OTRA RECOMENDACIÓN** | NO SE CAMBIA CORRECCION OPTICA DEBE CONTINUAR CON SU USO DE FORMA PERMANENTE PARA LABORAR - USO DE FILTROS - PAUSAS ACTIVAS - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EPS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **REMITIDO A:** | N/A | **CAUSA REMISIÓN:** | N/A |

## HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



**EMPRESA** PARTICULAR
**SEDE** CALLE 26
**NOMBRES** SANDOVAL PINEDA MARIA ALEJANDRA
**FECHA** 28/01/2023

### Consentimiento informado

Yo SANDOVAL PINEDA MARIA ALEJANDRA identificado con CC.1015437267. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra elizabeth valderrama

Aspirante o trabajador

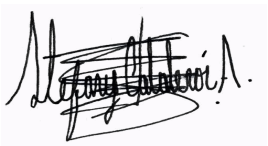
Ma Alejandra S.

CC.1015437267

# Reporte de laboratorio

**NO. LABORATORIO:** 1.136.553
**CIUDAD:** BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S
**FECHA:** 28 de enero de 2023
**NO. DOCUMENTO:** CC. 1015437267 **GENERO:** F **EDAD:** 29
**NOMBRES Y APELLIDOS:** SANDOVAL PINEDA MARIA ALEJANDRA

| ANÁLISIS | RESULTADO | REFERENCIA |
|---|---|---|
| | **BIOQUIMICA** | |
| GLICEMIA PRE | 86 MG/DL | 70-110 MG/DL |
| COLESTEROL LDL | 138 MG/DL CALCULADO | HASTA 100 MG/DL |
| TRIGLICÉRIDOS | 106 MG/DL | HASTA 150 MG/DL |
| COLESTEROL TOTAL | 198 MG/DL | HASTA 200 MG/DL |
| COLESTEROL HDL | 39 MG/DL | MAYOR A 40 MG/DL |
| | **HEMATOLOGIA** | |
| **CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA TIPO III)** | | |
| RECUENTO DE LEUCOCITOS | 7.8 X 10^3/UL | 5.0 -10.0 X 10^3/UL |
| NEUTROFILOS | 66.1 % | 42% - 73% |
| LINFOCITOS | 27.5 % | 18% - 47% |
| EOSINOFILOS | 0 % | 0% - 3% |
| MONOCITOS | 6.4 % | 4% - 11% |
| HEMOGLOBINA | 14.7 G/DL | 12 - 16 G/DL |
| HEMATOCRITO | 45.8 % | 38% - 50% |
| RECUENTO DE PLAQUETAS | 265 X 10^3/UL | 150.0 - 450.0 X 10^3/UL |



CALDERON ALONSO STEFANY