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	72148-163420

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.053.773.048	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	komejia@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	086170329782
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	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7457904/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**20425**	**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 COMPLEMENTARIA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO BILINGÜISMO EN LA MODALID

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**13/02/2025**	**Al**	**28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.221.647
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.221.647
Valor Bruto Pago:			**$ 2.913.024,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.623

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.913.024	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	**$ 2.913.024**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.019.624**	**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	----------	N/A
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 759.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 94.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 121.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.000	$ 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	$ 673.000	
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	2.019.624,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.696.624,00	
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	26.049,00	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	**$2.886.975,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó el alistamiento en Zajuna de los cursos English Does Work level 1: 3158182-3158183- 3158184 – 3158185

Se asistió a las transferencias de E-pedagogos de la guía de Orientaciones para la formación virtual AVA V5

Se realizó promoción del catálogo de cursos virtuales de Bilinguismo para el 2025 en redes sociales

Se presentaron los informes requeridos desde la coordinación y supervisión

Se asistió a las reuniones convocadas desde la coordinación de virtualización

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

KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA
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,

JOHANY ANDRES CASALINAS GOMEZ
INSTRUCTOR G14

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)

22/02/25 17:37:00 USUARIO: SIC - C.C. 1053773048

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1053773048** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1053773048
NOMBRES Y APELLIDOS	KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	10/04/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	361
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **11/02/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MEJIA CARMONA KELLY OCTAVIA** identificado(a) con **CC** número **1.053.773.048** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 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

2025021115101

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, **KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA** identificado con **CC** No. **1053773048**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 20/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 13/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 19/12/2025 **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): 202501012689401.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 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_FR01 v_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SOPORTE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL

DICIEMBRE DE 2024

ENERO DE 2025

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1053773048 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-12	230201	800229739	PROTECCION	1	0	208.000	0	208.000
Período salud:	2024-12	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	162.500	0	162.500
Planilla Nro.:	32047905 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	6.800	0	6.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-01-02	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1168227315	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 377.300

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1053773048 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-01	230201	800229739	PROTECCION	1	0	227.800	0	227.800
Período salud:	2025-01	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	178.000	0	178.000
Planilla Nro.:	32065274 Tipo I	SINARP	0	SINARP	0	0	0	0	0
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-02-03	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1239759123	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 405.800

PAGADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141108247122

(415)7707212489984(8020) 000014110824712 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 7 7 3 0 4 8	3	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

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 5 3 7 7 3 0 4 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEJIA	CARMONA	KELLY	OCTAVIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal: CL 105 28 36 CA 72 PORTAL DE ALHAMBRA

42. Correo electrónico: kellymejiapersianas@gmail.com

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

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
4 7 9 9	2 0 1 9 0 9 1 0	4 7 9 1	2 0 1 9 0 9 1 0	8 5 5 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141108247122

(415)7707212489984(8020) **000014110824712 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 7 7 3 0 4 8	3	Impuestos y Aduanas de Manizales	1 0

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 9 0 9 1 0	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 9 0 9 1 0	
77. No. Matrícula mercantil	2 0 2 8 3 1	
78. Departamento	1 7	
79. Ciudad/Municipio	2 0	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141108247122

(415)7707212489984(8020) **000014110824712 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 7 7 3 0 4 8	3	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Confección de artículos con materiales textiles, excepto prendas de vestir 1 3 9 2

162. Nombre del establecimiento: PERSIA CORTINAS Y PERSIANAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

165. Dirección: CL 67 10 12

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 4 4 5 7 9	2 0 1 1 0 2 1 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 1 6 2 3 2 5 4 2	2 0 1 8 0 4 2 4

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

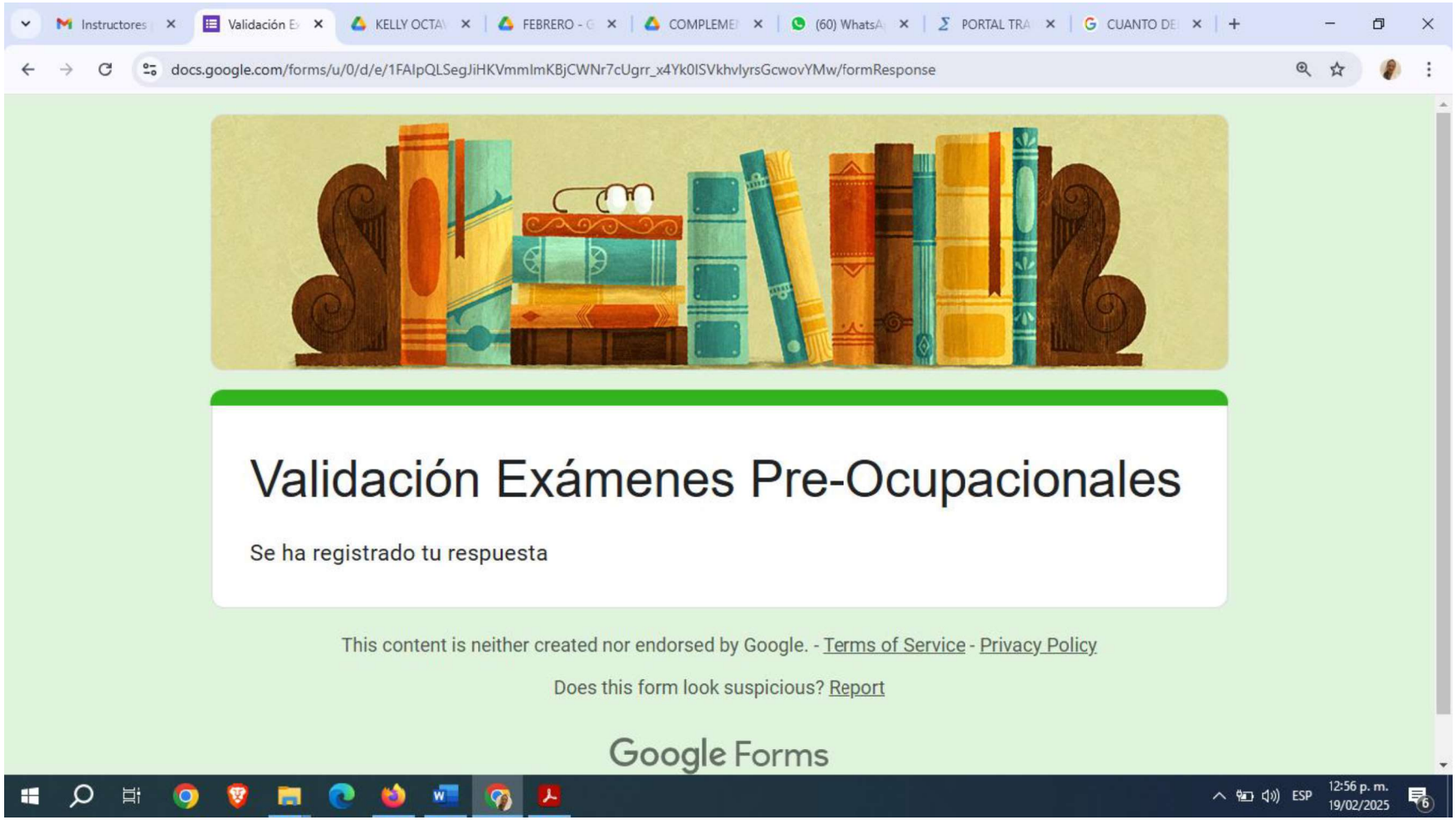
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

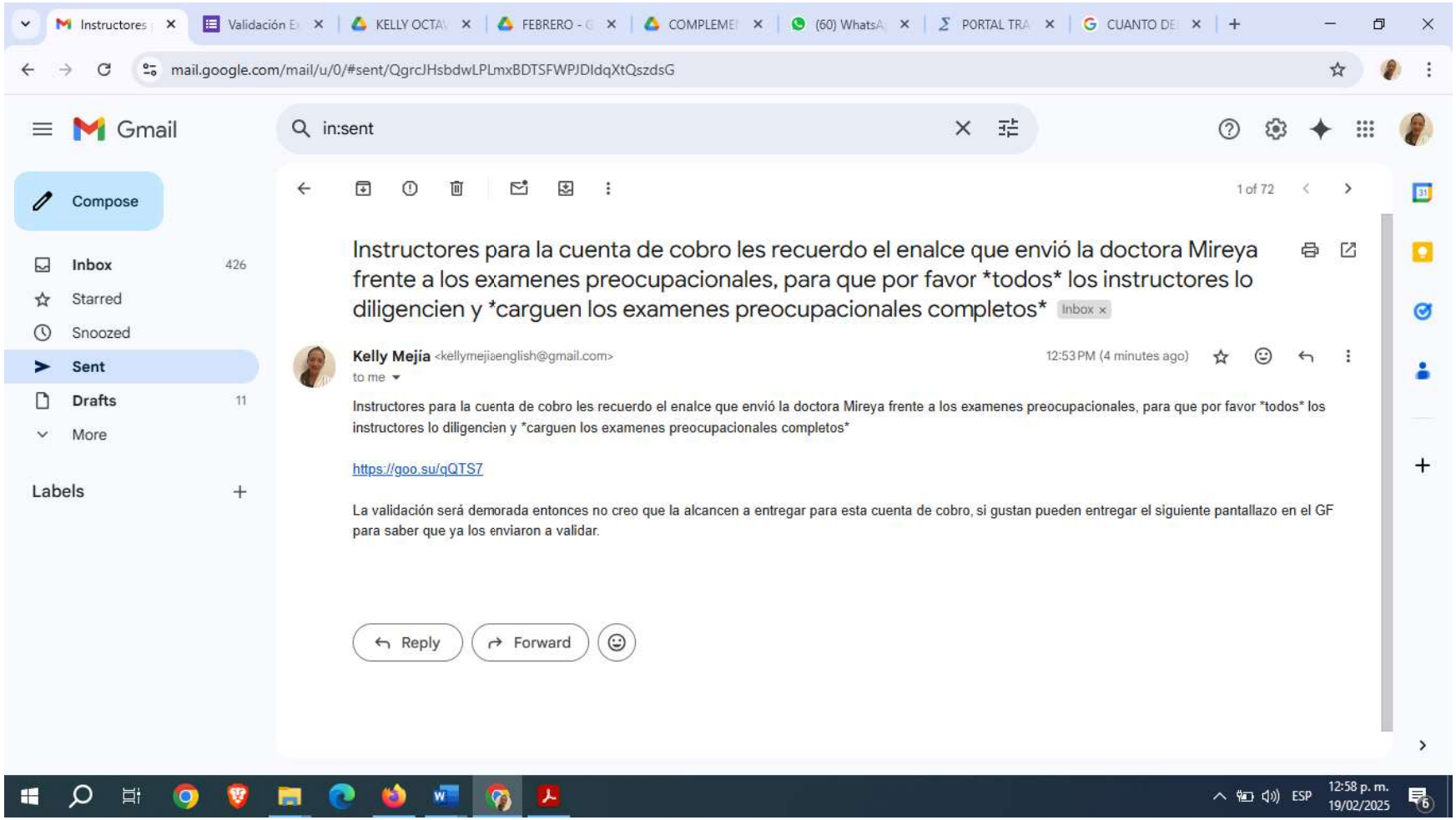
165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

PANTALLAZO SOLICITUD DE VALIDACIÓN EXÁMENES OCUPACIONALES _ KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA _ 1053773048




Instructores
Validación E
KELLY OCTA
FEBRERO - C
COMPLEME
(60) WhatsA
PORTAL TRA
CUANTO DE
mail.google.com/mail/u/0/#sent/QgrcJHsbdwLPLmxBDTSFWPJDIdqXtQszdsG
Gmail
in:sent
Compose
Inbox 426
Starred
Snoozed
Sent
Drafts 11
More
Labels
1 of 72
Instructores para la cuenta de cobro les recuerdo el enalce que envió la doctora Mireya frente a los examenes preocupacionales, para que por favor *todos* los instructores lo diligencien y *carguen los examenes preocupacionales completos*
Inbox ×
Kelly Mejía <kellymejiaenglish@gmail.com>
12:53 PM (4 minutes ago)
to me
Instructores para la cuenta de cobro les recuerdo el enalce que envió la doctora Mireya frente a los examenes preocupacionales, para que por favor *todos* los instructores lo diligencien y *carguen los examenes preocupacionales completos*
https://goo.su/qQTS7
La validación será demorada entonces no creo que la alcancen a entregar para esta cuenta de cobro, si gustan pueden entregar el siguiente pantallazo en el GF para saber que ya los enviaron a validar.
Reply
Forward
ESP
12:58 p. m.
19/02/2025

Validación Exámenes Pre-ocupacionales Kelly Octavia Mejía Carmona

Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Vie 09/02/2024 11:34

Para:Kelly Octavia Mejía Carmona <komejia@sena.edu.co>
CC:Yuliet Daniela Aros Romero <yaros@sena.edu.co>;Paola Amado Angulo <pamado@sena.edu.co>

Buenos días, respetada señora Kelly Octavia Mejia Carmona.

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.

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

De: Kelly Octavia Mejía Carmona <komejia@sena.edu.co>
Enviado el: viernes, 9 de febrero de 2024 10:51
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Asunto: Exámenes ocupacionales Kelly Octavia Mejía Carmona

Cordial saludo, Señora Edilma

A continuación envío examenes ocupacionales. Quedo atenta.

Muchas gracias.

Kelly Octavia Mejía Carmona

Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías
- Contratista

komejia@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500

Calle 52 No 13-65



www.sena.edu.co

Edilma Silva Paez
Centro de Gestión de Mercados, Logíst. y Tecnol. de La Inf. - Auxiliar Enfermería G10
esilvap@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500 Ext:16943
Calle 52 No 13-65



www.sena.edu.co

Gmail **KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA <kellymejiapersianas@gmail.com>**

Solicitud validación exámenes médicos

2 messages

KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA <kellymejiapersianas@gmail.com> Mon, 16 Sep at 11:56 AM
To: <dh227307@gmail.com>

Cordial saludo señora Diana,

Para el proceso de contratación, nos solicitan la validación de los exámenes del asunto en mención. En febrero de este año los validó la jefe Edilma, pero no puedo acceder al correo del Sena donde está su respuesta. Razón por la cual adjunto los mismos para que usted pueda validarlos. Agradeciendo mucho su atención y respuesta,
[Quoted text hidden]
LABORATORIA KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA.pdf, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA.pdf, PSICOMETRÍA KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA.pdf, AUDIOMETRIA KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA.pdf, OPTOMETRIA KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA.pdf

---

Diana Hernandez <dh227307@gmail.com> Mon, 16 Sep at 5:38 PM
To: KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA <kellymejiapersianas@gmail.com>

Cordial Saludo, Respetada Kelly,

Espero se encuentre bien de salud,

De manera muy atenta, le informo que se valida el examen médico pre-ocupacional. El cual cumple vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual.

Nota:Por Inconveniente con el correo SENA envío doy respuesta con mi correo personal.

Cordialmente,

Diana Mercedes Hernandez Jimenez

[Quoted text hidden]

PSICOSOCIAL – MÚSCULO ESQUELÉTICO

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de examen: 2024-02-08 **Fecha de impresión: 2024-02-08**

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA		
Identificación:	CC	**Número:**	1053773048
Fecha de Nacimiento:	1986-09-22	**Edad:**	37
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	A +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	CLL 105 28 36 CASA 72	**Teléfono:**	3008951295
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. AUDIOMETRIA TONAL (TAMIZ) 2. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL 3. OPTOMETRIA

CONCEPTO

CONCEPTO

SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
Observaciones:
-OPTOMETRIA NORMAL
-AUDIOMETRIA NORMAL
-PRUEBA PSICOSENSOMETRICA: APTO
-LABORATORIOS 08.02.24 PERFIL LIPIDICO NORMAL, HEMOGRAMA NORMAL, GLICEMIA NORMAL

RECOMENDACIONES

GENERALES

CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI
OBSERVACIONES	CONTINUAR CONTROLES MEDICOS DE PATOLOGIAS DE BASE EN SU EPS
COMPLEMENTAR ESQUEMA DE VACUNACION	SI
INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	SI
RECOMENDACIONES GENERALES	SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES, HABITOS DE VIDA SANOS, EJERCICIO REGULAR. ASISTIR A ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

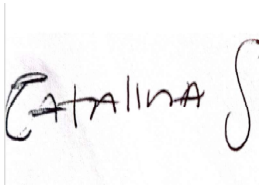
OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	OSTEOMUSCULAR - CARDIOVASCULAR
USO DE EPP	SI
PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI
RECOMENDACIONES ADICIONALES	SE REALIZA EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS RESPECTIVO PREVIA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE. ESTA EVALUACIÓN NO GARANTIZA QUE A FUTURO EL TRABAJADOR NO PADEZCA ALGUNA ENFERMEDAD. EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN SÍNTOMA, SERÁ PERTINENTE QUE SE HAGA UNA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD. POR TODO LO ANTERIOR SE RECOMIENDA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO, IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS GENERALES Y ESPECÍFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD DE CADA EMPRESA Y EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIOS DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de examen: 2024-02-08 **Fecha de impresión: 2024-02-08**





CATALINA SALAZAR ARROYAVE
30233591
RM: TP 16168 LSO 74227
Firma y sello del médico evaluador

KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA
Documento: 1053773048
Firma del trabajador

VISIOMETRÍA

Fecha Atención :
2024-02-08 08:00:33

Fecha impresión :
2024-02-08

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA		
Identificación:	CC	**Número:**	1053773048
Fecha de Nacimiento:	1986-09-22	**Edad:**	37
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	A +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	CLL 105 28 36 CASA 72	**Teléfono:**	3008951295
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA	
DATOS EMPRESA	
EMPRESA CONTRATANTE	
EMPRESA USUARIA	
SEDE	
AREA	
CARGO	
FECHA DE INGRESO	
JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE
ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO	
PROFESION	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
OBSERVACIONES	
EN LA EMPRESA ACTUAL	
ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL
USO DE PROTECCION VISUAL	NO
RIESGO QUIMICO	NO
RIESGO FISICO	NO
RIESGO MATERIAL PARTICULADO	NO
RIESGO ILUMINACION	NO
EXPOSICION A SOLVENTES	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO
EXPOSICION A RADIACION NO IONIZANTE	NO
EXPOSICION A RADIACION IONIZANTE	NO
EXPOSICION A TEMPERATURAS EXTREMAS	NO
EXPOSICION A MATERIAL EN PROYECCION	NO
EXPOSICION A VIDEO TERMINALES	NO
OTROS	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NO
OBSERVACIONES	
ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES	
ACCIDENTE OCULAR	NO
ALTERACIONES TIROIDEAS	NO
AMBLIOPIA	NO
CATARATAS	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
DEFECTOS REFRACTIVOS	NO
DIABETES MELLITUS	NO
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	NO
ESTRABISMO	NO
FARMACOLOGICOS	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO
PATOLOGICOS	NO
PATOLOGIA OCULAR	NO
PTERIGIO	NO
QUIRURGICOS	NO

RINITIS	NO
TRATAMIENTOS ORTOPTICOS	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO
OTROS	NO
OBSERVACIONES	

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	NO
ULTIMO CONTROL VISUAL	ENTRE 6 MESES A 1 AÑO
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO APLICA
RX OD	N
ADICION O.D.	
RX OI	N
ADICION O.I.	

SINTOMATOLOGIA

ASINTOMATICO	SI
ARDOR	NO
ASTENOPIA VISION PROXIMA	NO
ASTENOPIA VISION LEJANA	NO
CANSANCIO	NO
CEFALEA	NO
DISMINUCION AV LEJOS	NO
DISMINUCION AV CERCA	NO
DESVIACION OCULAR	NO
DOLOR OCULAR	NO
ENROJECIMIENTO	NO
EPIFORA	NO
FOTOFOBIA	NO
INVERSION DE NUMEROS Y/O LETRAS	NO
LAGRIMEO	NO
MAREO	NO
PRURITO	NO
RESEQUEDAD	NO
SECRECION	NO
SALTO DE RENGLONES	NO
VERTIGO	NO
VISION DOBLE	NO
OTROS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	20/20
CON CORRECCION OI	
SIN CORRECCION AO	20/20
CON CORRECCION AO	
SIN CORRECCION P.H. OD	
SIN CORRECCION P.H. OI	

VISION PROXIMA

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

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL
OJO IZQUIERDO	NORMAL

VALORACION DE CAMPO VISUAL

CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION OD	50
CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION OI	50

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL
OJO IZQUIERDO	NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	ORTHOFORIA
COVER TEST CERCA	EXOFORIA
PPC	NORMAL

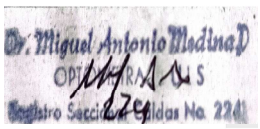
REFLEJOS PUPILARES	NORMAL
OBSERVACIONES	NINGUNA
PRUEBAS SENSORIALES	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OD	NORMAL - 15/15
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OD	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OI	NORMAL - 15/15
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OI	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION AO	NORMAL - 15/15
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION AO	
ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	50 SEGUNDOS DE ARCO
QUERATOMETRIA	
OJO DERECHO	
OJO IZQUIERDO	
REFRACCION	
DISTANCIA PUPILAR	60
RETINOSCOPIA	
OJO DERECHO	
OJO IZQUIERDO	
AVL OD	
AVL OI	
ADD OD	
ADD OI	
AVP OD	
AVP OI	
SUBJETIVO Y AFINACIONES	
OJO DERECHO	
OJO IZQUIERDO	
AVL OD	
AVL OI	
ADD OD	
ADD OI	
AVP OD	
AVP OI	
PRESCRIPCION FINAL	
OJO DERECHO	N
OJO IZQUIERDO	N
AVL OD	20/20
AVL OI	20/20
ADD OD	
ADD OI	
AVP OD	
AVP OI	
DIAGNOSTICO	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	EMETROPE
DIAGNOSTICO 1	
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
CONCEPTO	
OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA	
CORRECCION OPTICA	NO REQUIERE
REQUIERE CORRECCION OPTICA PERSONAL	
REQUIERE CORRECCION OPTICA DE SEGURIDAD	
USO DE FILTRO	
SE ENTREGA FORMULA DE CORRECCION OPTICA	
RECOMENDACIONES	
REMISION	
OFTALMOLOGIA	
OBSERVACIONES	
CONTACTOLOGÍA	
OBSERVACIONES	
ORTÓPTICA	
OBSERVACIONES	
OTROS	
OBSERVACIONES	
GENERALES	
USO DE CORRECCIÓN OPTICA	

OBSERVACIONES	
LUBRICANTE OCULAR	
OBSERVACIONES	
CONTROL ANUAL	SI
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	
OCUPACIONALES	
ERGONOMIA VISUAL	
OBSERVACIONES	
PAUSAS ACTIVAS OCULARES	
OBSERVACIONES	
PROTECCION ULTRAVIOLETA	
OBSERVACIONES	
USO DE MONTURA DE SEGURIDAD	
OBSERVACIONES	
CORRECCION OPTICA	
OBSERVACIONES	
RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS	
OBSERVACIONES	
RESTRICCION PARA CONDUCIR	
OBSERVACIONES	
RESTRICCION PARA PORTE DE ARMAS	
OBSERVACIONES	
CONTROLES	
MENSUAL	
BIMENSUAL	
TRIMESTRAL	
SEMESTRAL	
ANUAL	SI

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.





MIGUEL ANTONIO MEDINA PORRAS

KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA

79320015
RM: 79320015 TP 2241
Firma y sello del médico evaluador

Documento: CC 1053773048
Firma del trabajador

GLICEMIA

LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marin Uribe
cra 23 No. 25-61 Ed. Don pedro Local 5
Tel. 882 9194- 8849569
Cel. 311 619 8542 - 3108960045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

https://www.laboratorioclinicosilvioalfonsomarinuribe.com/

Paciente: **OCTAVIA MEJIA KELLY**
Historia: 1053773048
Fecha y Hora de ingreso: 2024-02-08 08:56
Fecha de impresión:
Empresa : SERVISO S.A.S

Edad: 37 Años
Sede : Principal
Telefono:

Orden No.: 202402080098
Fecha de nacimiento: 1986-09-22 00
Género: Femenino
Sala: Ambulatorio

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	QUIMICA CLINICA				
GLUCOSA EN SUERO	71	mg/dl		70 - 99	08/02/2024 10:4
NORMAL 70 - 100 PREDIABETES 100 - 125 DIABETES >= 126 REFERENCIA ADA 2023 Técnica:Reflectancia - Química seca					
PERFIL LIPIDICO					
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	65	mg/dl		35 - 65	08/02/2024 10:4
HOMBRE MUJER Sin Riesgo Mayor 55 Mayor 65 Riesgo Moderado 35-55 45-65 Riesgo Alto Menor 35 Menor 45 Valores Inferiores a 35 Significa un Riesgo Alto Técnica:Reflectancia - Química seca					
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	110	mg/dl	*	1 - 100	08/02/2024 10:4
Valores Superiores a 160 Significan un Riesgo Alto					
COLESTEROL TOTAL	186	mg/dl		1 - 200	08/02/2024 10:4
Optimo Menor a 200 Ligeramente Aumentado 200 a 239 Elevado Mayor a 240 REFERENCIA ATP III Técnica:Reflectancia - Química seca					

LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marin Uribe
cra 23 No. 25-61 Ed. Don pedro Local 5
Tel. 882 9194- 8849569
Cel. 311 619 8542 - 3108960045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

https://www.laboratorioclinicosilvioalfonsomarinuribe.com/

Paciente:	**OCTAVIA MEJIA KELLY**		**Orden No.: 202402080098**
Historia:	1053773048	Edad: 37 Años	Fecha de nacimiento: 1986-09-22 00
Fecha y Hora de ingreso:	2024-02-08 08:56	Sede : Principal	Género: Femenino
Fecha de impresión:		Telefono:	Sala: Ambulatorio
Empresa : SERVISO S.A.S			

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	QUIMICA CLINICA				
LIPOPROTEINA DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)	12.0	mg/dl	*	16 - 34	08/02/2024 10:44
INDICE ARTERIAL	2.9	%		2.7 - 7.5	08/02/2024 10:4
Técnica:Reflectancia - Química seca					
TRIGLICERIDOS	58	mg/dl		0 - 150	08/02/2024 10:4

NORMAL < 150
LIMITE ALTO 150 - 199
ALTO 200 - 499
MUY ALTO > 500

VALORES SUPERIORES A 200 SIGNIFICAN UN RIESGO ALTO

Técnica:Reflectancia - Química seca

LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marin Uribe
cra 23 No. 25-61 Ed. Don pedro Local 5
Tel. 882 9194- 8849569
Cel. 311 619 8542 - 3108960045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

https://www.laboratorioclinicosilvioalfonsomarinuribe.com/

Paciente:	**OCTAVIA MEJIA KELLY**		**Orden No.: 202402080098**
Historia:	1053773048	Edad: 37 Años	Fecha de nacimiento: 1986-09-22 00
Fecha y Hora de ingreso:	2024-02-08 08:56	Sede : Principal	Género: Femenino
Fecha de impresión:		Telefono:	Sala: Ambulatorio
Empresa : SERVISO S.A.S			

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA IV METODO AUTOMATICO					
RECUENTO DE LEUCOCITOS	7.15	x10^3/ul		5 - 10	08/02/2024 10:4
NEUTROFILOS#	4.30			2 - 7.5	08/02/2024 10:4
LINFOCITOS	2.26	x10^3/ul		1.3 - 4	08/02/2024 10:4
MONOCITOS	0.44	x10^3/ul		0.1 - 1.2	08/02/2024 10:4
EOSINOFILOS	0.12	x10^3/ul		0 - 0.5	08/02/2024 10:4
BASOFILOS	0.02	x10^3/ul		0 - 0.2	08/02/2024 10:4
GRANULOCITOS INMADUROS#	0.01				08/02/2024 10:4
NEUTROFILOS%	60.10			40 - 75	08/02/2024 10:4
LINFOCITOS %	31.60	%		21 - 40	08/02/2024 10:4
MONOCITOS %	6.10	%		3 - 12	08/02/2024 10:4
EOSINOFILOS %	1.70	%		0 - 5	08/02/2024 10:4
BASOFILOS %	0.30	%		0 - 1.5	08/02/2024 10:4
GRANULOCITOS INMADUROS%	0.20				08/02/2024 10:4
RECUENTO DE ERITROCITOS	4.64	x 10^6/ul		4 - 5	08/02/2024 10:4
HEMOGLOBINA (Hb)	14.30	g/dl		12 - 17.4	08/02/2024 10:4
HEMATOCRITO (Hto)	41.40	%		36 - 52	08/02/2024 10:4
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC)	89.20	fL		76 - 96	08/02/2024 10:4
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	34.40	pg	*	27 - 32	08/02/2024 10:44
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR (MCHC)	30.70	g/dl		30 - 35	08/02/2024 10:44
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROIDE (RDW-CV)	13.00	%		11 - 16	08/02/2024 10:44
RECUENTO DE PLAQUETAS	354.00	x 10^3/ul		150 - 450	08/02/2024 10:4
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS (VMP)	8.50	fL		8 - 15	08/02/2024 10:4
ANCHO DE DISTRIBUCION DE PLAQUETAS (PDW)	15.30	%		15.2 - 16.3	08/02/2024 10:44
PLCR	14.10				08/02/2024 10:4
PLCC	5.00				08/02/2024 10:4
PLAQUETOCRITO (PCT)	0.30	%		0.17 - 0.35	08/02/2024 10:4
NORMOBLASTOS	0.00	x 10^3/ul		0 - 999	08/02/2024 10:4

LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marin Uribe
cra 23 No. 25-61 Ed. Don pedro Local 5
Tel. 882 9194- 8849569
Cel. 311 619 8542 - 3108960045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

https://www.laboratorioclinicosilvioalfonsomarinuribe.com/

Paciente:	**OCTAVIA MEJIA KELLY**		**Orden No.: 202402080098**
Historia:	1053773048	Edad: 37 Años	Fecha de nacimiento: 1986-09-22 00
Fecha y Hora de ingreso:	2024-02-08 08:56	Sede : Principal	Género: Femenino
Fecha de impresión:		Telefono:	Sala: Ambulatorio
Empresa : SERVISO S.A.S			

AUDIOMETRÍA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA		
Identificación:	CC	**Número:**	1053773048
Fecha de Nacimiento:	1986-09-22	**Edad:**	37
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	A +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	CLL 105 28 36 CASA 72	**Teléfono:**	3008951295
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

FECHA DE INGRESO	0
AREA	VIRTUAL
JORNADA DE TRABAJO	DIURNO
ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO	1 A 5 AÑOS
EXPUESTO A RUIDO	NO
TIEMPO DE EXPOSICION	5 AÑOS
USO DE E.P.P.	NO
TIPO DE E.P.P.	NO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

TIENE ANTECEDENTES	NO
EMPRESA 1	
EXPOSICION A SOLVENTES	NO
TIPO	NO APLICA
EMPRESA 2	
EXPOSICION A SOLVENTES	NO
TIPO	NO APLICA
EMPRESA 3	
EXPOSICION A SOLVENTES	NO
TIPO	NO APLICA

ANTECEDENTES AUDITIVOS

CUESTIONARIO AUDITIVO

OYE BIEN	SI	
LE MOLESTA EL RUIDO INTENSO	SI	
OYE MEJOR POR UN OIDO QUE POR EL OTRO	NO	
AL CONVERSAR SOLICITA QUE LE REPITAN	NO	
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS	NO	
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI	
RESULTADO	NORMAL	
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	HACE 2 AÑOS	
PERSONALES		
CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE	
HIPOACUSIA	NO REFIERE	
MEDICAMENTOS	REFIERE	EUTIROX
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	

RINITIS	NO	
SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA	REFIERE	SARAMPION
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE	
SINUSITIS	NO REFIERE	
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO	
TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)	NO REFIERE	
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE	
VERTIGO	NO	
OTROS	NO	
VIBRACION CONTINUA	NO	
ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO		
USO DE AUDIFONOS PERSONALES	SI	
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	

ANTECEDENTES MEDICOS

CONSUMO DE CIGARRILLO	NO
DIABETES	NO
ENFERMEDADES AUTOINMUNES (ARTRITIS REUMATOIDES, LES)	NO
EXPOSICION A EXPLOSIONES	NO
EXPOSICION A QUIMICOS	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
HIPOTIROIDISMO	SI
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO
TUMORES S.N.C.	NO
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	NO
TUBERCULOSIS	NO
OTROS	NO

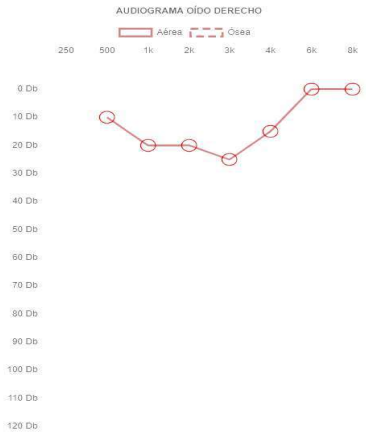
OTOSCOPIA

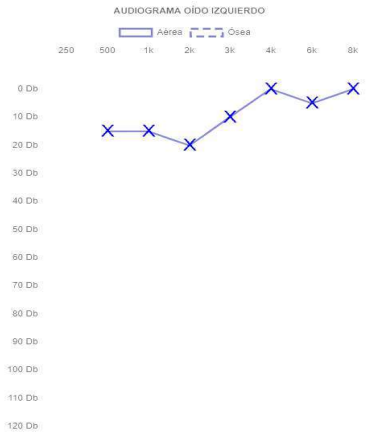
PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL
PABELLON AURICULAR - OI	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OI	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO
TAPON CERUMEN - OI	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO
PERFORACION TIMPANICA - OI	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OD	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OI	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OD	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OI	NO
SUPURACION - OD	NO
SUPURACION - OI	NO
CUERPOS EXTRANOS - OD	NO
CUERPOS EXTRANOS - OI	NO

EQUIPO

TIEMPO DE REPOSO	12 HORAS
USO DE CABINA	X
EQUIPO	MAICO MA 42
FECHA DE CALIBRACION	18/06/2023

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				10			20			20			25			15			0			0		
OI				15			15			20			10			0			5			0		

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																

INTERPRETACION

PTA OD (500, 1K, 2K y 3K)	18.75
PTA OI (500, 1K, 2K y 3K)	15

ANALISIS COMPARATIVO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición
OBSERVACIONES	AUDICION NORMAL BILATERAL

RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E.	X
E.P.P. AUDITIVO SEGUN P.V.E.	X
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL	X

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.

FABIOLA ROCIO GONZALEZ ROJAS
51976857
RM: TP 15-03410
Firma y sello del médico evaluador

KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA
Documento: 1053773048
Firma del trabajador

COORDINACIÓN MOTRÍZ

Serviso
Salud Laboral Integral IPS

Examen No.	5		
Nombre	KELLY OCTAVIA MEJIA CARMONA	**Cargo**	Administrativo
Identificacion	1053773048	**Tipo vehículo**	Automóvil
Grupo Sanguineo y RH	A+	**Servicio**	N/A
E-mail		**Empresa**	SENA
Direccion			
Tipo Licencia	N/A		
Edad :	37 AÑOS		
Usa Lentes	Usa		



PRUEBA MOTRIZ

Atencion Concentrada y resistencia a la monotonia

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)	
Max 0.88 Seg	0.64 Seg
Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)	
Max 1 Seg	0.64 Seg
Numero de Errores	
Max 5 Errores	0 Errores

Reacciones Multiples

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)	
Max 1.43 Seg	0.33 Seg
Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)	
Max 1.33 Seg	0.34 Seg
Numero de Errores	
Max 8 Errores	1 Errores

Coordinacion Visomanual

Tiempo total en el error (TTE)	
Max 46 Seg	5.73 Seg
Porcentaje de Error Sobre el Recorrido	
Max 20%	20.46%
Numero de Errores	
Max 14 Errores	9 Errores

Anticipacion a la velocidad

Tiempo medio de desviacion (Vel 1)	
Max 1.40 Seg	0.42 Seg
Tiempo medio de desviacion (Vel 2)	
Max 1.01 Seg	0.23 Seg

Reaccion al Frenado

Max 0.60 Seg	0.95 Seg

FECHA DE LA PRUEBA 2024-02-08 09:51:34.0 **NUMERO DEL EXAMEN** 5

OBSERVACIONES

VALORACION DE INGRESO. MEMORIA, ATENCION Y CONCENTRACION CONSERVADOS AL MOMENTO DEL EJERCICIO. TIEMPO DE LATENCIA DENTRO DE PARAMETROS ESTIMADOS.SIN DIFICULTAD PARA COMPRENDER Y EJECUTAR INSTRUCCIONES DE SIMPLES A COMPLEJAS

CAROLINA AREVALO FERNANDEZ
PSICOLOGA SST LNo 9983/2016

FIRMA USUARIO

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD