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	**88791-118612**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	40.039.767	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cyrojasb@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	94493594219
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7442931/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**24025**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para ejecutar acciones de formación presencial en su sede principal y colegios del Programa de Articulación con la Media, en la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, áreas temáticas: Gestión

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**12/02/2025**	**Al**	**28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.308.623
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.308.623
Valor Bruto Pago:			**$ 2.913.024,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 41.395.599

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	**$ 1.874.724**	**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	$ 796.784	$ -	
Salud hasta	$ 32.784.341	$ 625.000	
Renta Exenta 25%			
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	1.874.724,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.507.224,00	
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	0,00	0,966%
-	0,00	0,966%
-	0,00	0,966%
-	0,00	0,966%
-	0,00	0,966%
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	**$2.913.024,00**	

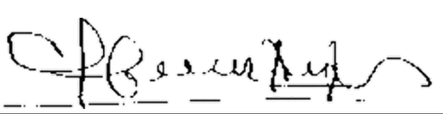
SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí



CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
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,

LUIS ALEJANDRO ZARTA BAUTISTA
PROFESIONAL G01(E)

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Clara Yamile Rojas Barragan, identificado(a) con CC número 40039767, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40039767
NOMBRES Y APELLIDOS	Clara Yamile Rojas Barragan
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/01/1974
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	120 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 40039767 CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN Desde 01/02/2024 - Vigente

Generado por interfaces 07/02/2025

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40039767,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2017** 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 06 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 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141160521866

(415)7707212489984(8020) **000014116052186 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 0 3 9 7 6 7	5	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	4 0 0 3 9 7 6 7	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	BARRAGAN	CLARA	YAMILE

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 21 N 1027 AP 503

42. Correo electrónico: cyrojas2801@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 5 4 8 1 2 0	3 1 0 2 0 3 7 4 3 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: ☐

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 Clara Yamile Rojas Barragán

985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN** identificado con **CC** No. **40039767**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 13/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 11/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2025 **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): 202501012709843.

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_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40039767 realizó el día 23/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

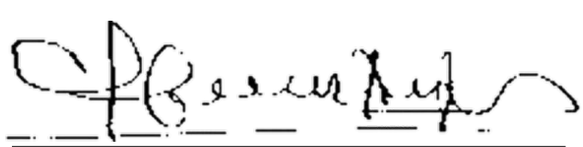
Yo CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40039767 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40039767 el día 23/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Certificación Bancaria

Jueves, 20 de febrero de 2025

A quien pueda interesar.

Bancolombia S.A. se permite informar que CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN identificado(a) con CC 40039767, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	94493594219	2013-02-12	ACTIVO	

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
MD. UNIVERSIDAD NACIONAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H
NIT: 2993727
LSO - 2969/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 40039767-44586

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/01/2023 - CHIA		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN	**Edad:** 49	**Identificación:**	40039767	
Género	FEMENINO		**Teléfono**	3102548120	**Móvil:** 3102548120
Fecha Nacimiento:	28/01/1974		**Cargo:**	INSTRUCTOR (A)	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	SANITAS S.A.	
Dirección	CALLE 64 B # 8-23		**ARL:**	POSITIVA	
Escolaridad:	PROFESIONAL		**AFP:**	COLPENSIONES	
Empresa	PARTICULAR				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR
GLICEMIA	NORMAL
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO 3% TEST DE FRAMINGHAM

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL -

SVE

Información de Remisiones

NO

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.-'

Dr. Carlos A. Cantor H.
Médico U. Nacional
Especialista Salud Ocupacional U.M.B.
Lic. 19273

CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN 40039767
Firma y cédula del Paciente

2969
Médico Especialista en Salud Laboral

CRA 7A 8 72 TELEFONOS: 8631240-8615434-(317)746-2047 MAIL: diagnosticomva08@gmail.com Chía - Cundinamarca
Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.sicaltda.com.co

Powered by CamScanner

Fecha ingreso : 21/01/2023 07:37:42 AM
Fecha de muestra: 21/01/2023 07:37:42 a. m.
Fecha impresion : 22/01/2023 04:09:12 AM

ISO 15189:2012
20-LCL-001

01-4875186

No. de Orden	:4875186	No. Interno	:4875186
Paciente	:ROJAS BARRAGAN CLARA YAMILE	Edad	:48 a 11 m 23 d
Documento Id	:40039767	Fecha Nacimiento	:28/01/1974
Empresa	:MEDIKA IPS S.A.S - BOGOTA	Sexo	:FEMENINO
Sede	:BOG LAGO	Teléfono	:3102548120
E-Mail	:cyrojas2801@gmail.com	No. Autoriza	:59415847

COLTRIG**HDL**CREA**GLU**** **Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

QUIMICA CLINICA

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	96	mg/dl	0	-	0

Intervalo Biológico de Referencia:

Bajo : Menor de 40 mg/dl
Alto : Mayor o igual 60 mg/dl

Tomado de : NCEP-ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

Validó: Reg 1019016826 DIEGO PEÑA SIERRA 22/01/2023 04:07 AM

COLESTEROL TOTAL Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

COLESTEROL TOTAL	226.3	mg/dL	0	-	0

Intervalo Biológico de Referencia:

Optimo : Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl
Alto : Mayor o igual a 240 mg / dl

Tomado de NCEP-ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

Validó: Reg 1019016826 DIEGO PEÑA SIERRA 22/01/2023 04:07 AM

CREATININA SERICA
Mensurando dentro del alcance de acreditación

CREATININA SERICA	0.9	mg/dL	0.5	-	0.95

Intervalo Biológico de Referencia:

Neonatos prematuros : 0.29 - 1.04
Neonatos a término : 0.24 - 0.85

Tecnica: ENZIMATICA

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 22/01/2023 04:07 AM

GLICEMIA BASAL Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

GLICEMIA BASAL	79	mg/dL	74	-	106

Tecnica: HEXOQUINASA

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 22/01/2023 04:07 AM

TRIGLICERIDOS Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

TRIGLICERIDOS	58.2	mg/dl	0	-	0

Fecha ingreso : 21/01/2023 07:37:42 AM
Fecha de muestra: 21/01/2023 07:37:42 a. m.
Fecha impresion : 22/01/2023 04:09:12 AM

ISO 15189:2012
20-LCL-001

01-4875186

No. de Orden	:4875186	No. Interno	:4875186
Paciente	:ROJAS BARRAGAN CLARA YAMILE	Edad	:48 a 11 m 23 d
Documento Id	:40039767	Fecha Nacimiento	:28/01/1974
Empresa	:MEDIKA IPS S.A.S - BOGOTA	Sexo	:FEMENINO
Sede	:BOG LAGO	Teléfono	:3102548120
E-Mail	:cyrojas2801@gmail.com	No. Autoriza	:59415847

COLTRIG**HDL**CREA**GLU**** **Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

TRIGLICERIDOS Suero

Mensurando dentro del alcance de acreditación

Intervalo Biológico de Referencia:

Normal : Menor de 150 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl.
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl
Muy alto : Mayor o igual a 500 mg/dl

Tomado de NCEP ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

Validó: Reg 1019016826 DIEGO PEÑA SIERRA 22/01/2023 04:07 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo . -

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Cendiatra

HISTORIA CLINICA MEDICION DE AGUDEZA VISUAL

Fecha Atención : 2022-12-15

Fecha impresión : 2023-03-07

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN		
Identificación	CC	**Nro**	40039767
Fecha de Nacimiento	1974-01-28	**Edad**	49
Genero	F	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Postgrado
Estrato	2	**Ciudad**	Bogotá, D.C.
Direccion	direccion	**Telefono**	3102548120
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	POLICIA NACIONAL CONTRATO PN-DIRAF-06-7-10164-22	**Cargo**	SGSST
Ciudad - Sede	Bogotá, D.C.	**Sede**	CENDIATRA NORTE

TIPO EXAMEN: PERIODICO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
EVOLUCION	
EVOLUCION	NA
ANTECEDENTES PERSONALES	
REFRACTIVOS	NO REFIERE
PATOLOGICOS	-REFIERE CX PTERIGIO OI -REFIERE QUERATOCONO AO
EXAMEN OCULAR EXTERNO	
OD	NORMAL
OI	NORMAL
MOVILIDAD OCULAR	
OD	NORMAL
OI	NORMAL
VISION CROMATICA	
VISION CROMATICA	NORMAL
OFTALMOSCOPIA	
OD	NSE
OI	NSE
AGUDEZA VISUAL	
VISION LEJOS	
OD	S.C. Observaciones: 20/20
OI	S.C. Observaciones: 20/100
VISION CERCA	
OD	S.C. Observaciones: 1.75
OI	S.C. Observaciones: 1.50
ESTENOPEICO	
OD	NSE
OI	S.C. Observaciones: 20/25-
DIAGNOSTICOS	
DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO 2	H186: Queratocono
DIAGNOSTICO 3	H524: Presbicia
DIAGNOSTICO 4	
RECOMENDACIONES	

Cendiatra

HISTORIA CLINICA MEDICION DE AGUDEZA VISUAL

Fecha Atención : 2022-12-15 **Fecha impresión : 2023-03-07**

CUIDADO NORMAL DE VISION	SI Observaciones: CONTROL VISUAL ANUAL USO CORRECCION OPTICA
EXAMEN OPTOMETRICO	SI Observaciones: POR DISMINUCION AV, REQUIERE CORRECCION OPTICA
EXAMEN OFTALMOLOGICO	NO
HISTORIA MANUAL	
FORMATO MANUAL	NO

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.

Estefanya Gonzalez Antivar
Optómetra
C.C. 101.844.69.48

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948
Firma y sello del médico evaluador

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
Documento: CC 40039767
Firma del trabajador

Cendiatra

Fecha Atención : 2022-12-15

Fecha impresión : 2023-03-07

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN		
Identificación	CC	**Nro**	40039767
Fecha de Nacimiento	1974-01-28	**Edad**	49
Genero	F	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Postgrado
Estrato	2	**Ciudad**	Bogotá, D.C.
Direccion	direccion	**Telefono**	3102548120
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	POLICIA NACIONAL CONTRATO PN-DIRAF-06-7-10164-22	**Cargo**	SGSST
Ciudad - Sede	Bogotá, D.C.	**Sede**	CENDIATRA NORTE

TIPO EXAMEN: PERIODICO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
VISION CROMATICA	
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	
ESTERIOPSIS	ANORMAL Observaciones: 800 SEG DE ARCO
OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES	NA
RECOMENDACIONES	
RECOMENDACIONES	NA
HISTORIA MANUAL	
FORMATO MANUAL	NO

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.

Estefanya Gonzalez Antivar
Optómetra
C.C. 101.844.69.48

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948
Firma y sello del médico evaluador

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
Documento: CC 40039767
Firma del trabajador

Cendiatra ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 23/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR/NORTE
NOMBRE: CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
CÉDULA: 40039767
EDAD: 48 CARGO: INSTRUCTOR

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

OBSERVACIONES

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

Carolina Martinez Pastrana
Psicólogo Esp. SST.
Res. 524/2014
C.C. 52.818.335

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/23
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-23	**TIPO DE EXAMEN**	OTROS



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN			Identificación CC	Nro 40039767
Fecha de Nacimiento	1974-01-28	**Edad**	49	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-23 08:53:39	**Fecha Salida**	2023-01-23 09:00:04		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

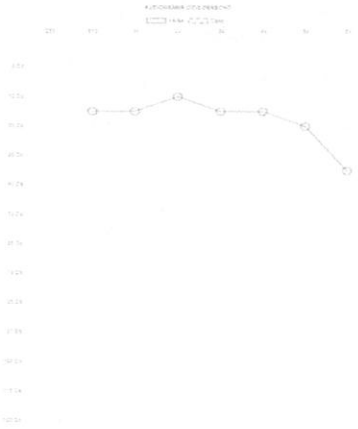
HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/23
www.cendiatra.com





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				15			15			10			15			15			20			35		
OI				15			10			10			15			20			20			35		

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																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	13.75
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	13.75

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

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.

ERIKA XIOMARA ESTUPINAN SANJUAN
RM: 52974388
Firma y sello del médico evaluador

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
CC 40039767
Firma del trabajador evaluado