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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**22266-845128**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	52.105.083	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	amosquerat@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4822113449
IP/Nº de contacto:	14769	**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:	7418800/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**6725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ³N DE SERVICIOS PROFESIONALES AUTÃ³NOMOS E INDEPENDIENTES				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025**	**Al**	**28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 49.674.719
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.674.719
Valor Bruto Pago:			**$ 4.292.877,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.381.842

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.292.877	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.292.877**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.845.377**	**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		----------	**9482038992**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.717.151	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.000	$ 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	$ 949.000	
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	2.845.377,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.803.377,00	
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	36.741,00	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	**$4.256.136,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación presencial en el programas de Gestión de Proyectos de Desarrollo Económico y Social en las competencias de Proyectar el Mercado I y VI y en el ptorgrama de Gestión de la Propiedad Horizontal en la competencia: Desarrollar Programas de Mejoramiento

Orientar proyecto productivo a las fichas de formación virtual: Desarrollo de Medios gráficos visuales y Venta de productos en línea

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

ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES
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,

ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
INSTRUCTOR

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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

23/02/25 19:48:44 USUARIO: SIC - C.C. 52105083

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52105083		MOSQUERA TORRES ANA MARIA TERESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 37 No. 25-29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7030720	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1182592442	9480028357	I	2025/01/22	2025/01/09	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 52105083	MOSQUERA ANA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52105083		MOSQUERA TORRES ANA MARIA TERESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 37 No. 25-29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7030720	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1182592442	9480028357	I	2025/01/22	2025/01/09	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52105083		MOSQUERA TORRES ANA MARIA TERESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 37 No. 25-29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7030720	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1286799966	9482038992	N	2025/01/22	2025/02/24	NEQUI	33	$22,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$76,000	$12,200			$76,000	$9,500			$0	$0			$76,000	$400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$76,000	$12,200			$76,000	$9,500			$0	$0			$76,000	$400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$76,000	$12,200			$76,000	$9,500			$0	$0			$76,000	$400		$0	$0
1	CC	52105083	MOSQUERA ANA	230201	30	($1,300,000)	($208,000)	EPS017	30	($1,300,000)	($162,500)		0	$0	$0	14-23	30	($1,300,000)	($6,800)	0	$0	$0
2	CC	52105083	MOSQUERA ANA	230201	30	$1,376,000	$220,200	EPS017	30	$1,376,000	$172,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,376,000	$7,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$76,000	$12,200			$76,000	$9,500			$0	$0			$76,000	$400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52105083		MOSQUERA TORRES ANA MARIA TERESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 37 No. 25-29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7030720	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1286799966	9482038992	N	2025/01/22	2025/02/24	NEQUI	33	$22,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,200	$300	$0	$12,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$12,200	$300	$0	$12,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400	$100	$0	$500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$400	$100	$0	$500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$300	$0	$9,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$9,500	$300	$0	$9,800
TOTAL				1	$22,100	$700	$0	$22,800

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES identificado(a) con CC 52105083 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/03/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26
Categoría:	A

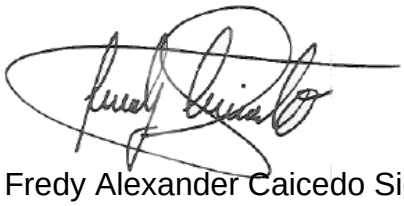
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 22 días del mes febrero del 2025 .

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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MOSQUERA TORRES ANA MARIA TERESA** identificado(a) con **CC** número **52.105.083** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 1999 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 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

2025022207391

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, **ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES** identificado con **CC** No. **52105083**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 12/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 26/12/2025 **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): 202501012797342.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141157757699

(415)7707212489984(8020) 000014115775769 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 1 0 5 0 8 3	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 1 0 5 0 8 3	

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
MOSQUERA	TORRES	ANA	MARIA TERESA

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
CR 37 25 29 BRR EL RECUERDO

42. Correo electrónico anamarymt@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 1 6 0 3 1 6	8 5 5 1	2 0 2 2 0 2 0 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 [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 MOSQUERA TORRES ANA MARIA TERESA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **18/01/2023 09:39:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES**

Cargo **INSTRUCTORA** Doc. Identidad **CC 52105083**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 INBODY	3 OPTOMETRIA
4 AUDIOMETRIA	5 PRUEBA PSICOLOGICA	6 ELECTROCARDIOGRAMA
7 PERFIL LIPIDICO	8 CUADRO HEMATICO	9 GLICEMIA

EXAMEN DE INGRESO				
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	⊗	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	⊗	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	⊗	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	⊗	○
Apto para participar en la brigada	○	○	⊗	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	⊗	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO		
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO		
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ⊗ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN SI ○ NO⊗ **ARL** SI ○ NO○ **EPS** SI ○ NO○

-AUDIOMETRIA:REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, PROXIMO CONTROL EN UN AÑO.
-OPTOMETRIA:1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 130583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

Trabajador: ANA MARIA TERESA MOSQUERA
CC 52105083
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3. CAMBIO DE LENTES POR DETERIORO.
-ELECTROCARDIOGRAMA: SIN ALTERACION
Riesgo Cardiovascular: Bajo

1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Siempre coloca los pies a la altura del piso.
5. Articular sonidos de manera correcta
6. Mantener un ritmo adecuado al hablar
7. Intentar hablar de frente al alumno pues hacerlo de espalda supone elevar la voz
8. Evitar los cambios bruscos de temperatura
9. Evitar forzar la voz al intentar hablar por encima del ruido ambiental
10. Uso adecuado del tapabocas
11. Lavado de manos
12. Distanciamiento social
13. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
14. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana
15. Disminuir el consumo de carbohidratos

No refiere alguna sintomatología, Niega controles médicos, Niega síntomas relacionados con COVID-19, No exposición a casos confirmados o sospechosos de COVID -19 en los últimos 10 días

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 130583036 RM. RES 11741 DE 09/10/2017

Trabajador: ANA MARIA TERESA MOSQUERA
CC 52105083
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

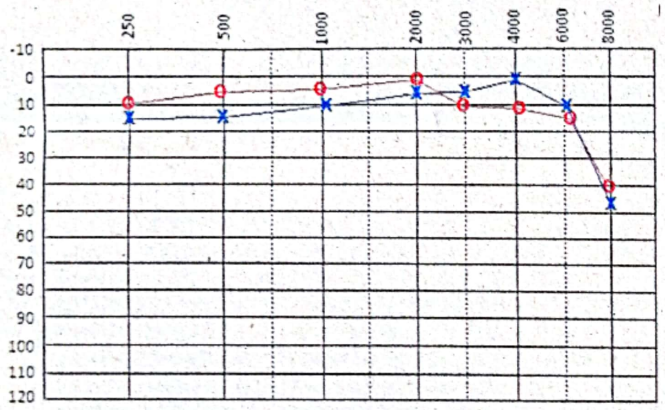
AUDIOMETRÍA

Nombre	ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES			Doc. Identidad	52105083
Teléfono		Edad	50	Cargo DOCENTE	Antigüedad 10 AÑOS
Empresa	PARTICULAR				Fecha 18/01/2023

Motivo de consulta
INGRESO

Otoscopia
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BILATERAL: NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA BILATERAL: NORMAL

Anamnesis
NINGUN ANTECEDENTE OTOLOGICO



Modalidad	OD	Inespecífico	OI
V.A	O		X
V.O	<	^	>
VAMASK	▲		■
VOMASK	[		]
Campo Libre	ø	S	⊠
MCL	M	M	M
UCL	m	m	m
SF1	A_1	A_1	A_1
V.A SIN RTA	⊙		⊗
V.A SIN RTA MASK	⧫		⧈
V.O SIN RTA	⋞		⋟
V.O SIN RTA MASK	⊑		⊒

WEBER Audiométrico

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	
OD						OI

PROMEDIO TONOS PUROS OD ( ) OI ( )
TONOS AGUDOS OD ( ) OI ( )
NBN ( ) WN ( ) SN ( )
ELI: OD OI
LARSEN MODIFICADO: OD OI

Diagnóstico Hipoacusia:
SAL:

Nivel efectivo enmascaramiento

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI											
OD											
VO OI											
OD											

Valores de referencia

Normal	0 a 15 dB HL
Pérdida auditiva mínima	16 a 25 dB HL
Leve	26 a 40 dB HL
Moderada	41 a 55 dB HL
Moderada a Severa	56 a 70 dB HL
Severa	71 a 90 dB HL
Profunda	>91 dB HL

Interpretación
PACIENTE APTO

Diagnóstico audiológico
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL CON CAIDA BILATERAL EN 8 KHZ

Diagnósticos
Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Observaciones
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, PROXIMO CONTROL EN UN AÑO.

Paula Andrea Infante Urrego
Fonoaudióloga
Esp. Audiología
TP: 1013646217

PAULA ANDREA INFANTE URREGO
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 1013646217 RM: ESP EN AUDIOLOGIA

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

Nombre: ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES

CC: 52105083 Edad:50 años Fecha:18/01/2023 Hora:10+20

Empresa: SENA Cargo: INSTRUCTOR

Examen de

Prueba Psicometrica Nivel S

Puntaje : alto

Concepto

- Buena capacidad para atender selectivamente y secuencialmente a figuras similares
- Aplicación de estrategias eficaces a la hora de realizar comparaciones visuales
- Facilidad para motivarse y mantener la activacion ante estimulos repetitivos y monotos
- Un nivel alto de velocidad del procesamiento de las operaciones mentales simples
- Habilidad para percibir y discriminar con rapidez la configuracion pereptiva de las figuras
- Posiblemente, un nivel elevado de memoria de trabajo en relacion con patrones visuales
- Aptitud para trabajar deprisa bajo presion de tiempo

Clínica IPS Eugenio Díaz

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C.C. 1030583036

Médico Ocupacional
Monica Alejandra Perez Navarete
Esp. Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo .

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

OPTOMETRÍA

Ingreso ☐
Egreso ☐
Periódico ☒
Caso ocupacional ☐

Fecha historia 18/01/2023 09:39:00

Doc. Identidad **CC 52105083** Nombre **ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES** Fecha Nacimiento. **20/03/1972**
Entidad **PARTICULAR** Edad **50** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Ultimo examen visual **3 AÑOS** | Usa anteojos: Si ☒ No ☐ | V.L. ☐ | V.P. ☐ | PC ☐ | Bifocal ☐ | Progresivo ☐ | Filtros ☐
Frecuencia de uso: Permanente: ☒ Ocasional ☐ | Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si ☐ No ☒
Cirugías Si ☐ No ☒ Cuál? **NO REFIERE**
Accidentes oculares Si ☐ No ☒ Cuál? **NO REFIERE, VACUNA COVID 3 DOSIS /2022**
Signos y síntomas: Asintomático ☐ | Disminución visual de cerca ☒ | Disminución visual de lejos ☒ | Cefaleas ☐ | Resequedad ocular ☐
Ardor ocular ☐ | Lagrimeo ☐ | Cansancio ocular ☐ | Irritación ☐ | Fotofobia ☐ | Prurito ocular ☐ | Salto de renglón ☐
Antececentes personales y/o familiares **NO REFIERE, PACIENTE SIN SINTOMAS RELACIONADOS CON** Trae corrección óptica ☒

Agudeza Visual

	C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.		20/20-	-		-	20/25
O.I.		20/20-	-		-	20/25

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.	-100	-150	0°	-
O.I.	-200	-350	10°	-

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva	☒	☒
Pterigio N	☐	☐
Pterigio T	☐	☐
Pinguécula	☐	☐
Nevus	☐	☐
Bleafaratis	☐	☐
Blefaritis seborreica	☐	☐
Secreción	☐	☐
Leucoma corneal	☐	☐
Ptosis palpebral	☐	☐
Otros:		

Motilidad Ocular

CVT: VL ORTHOFORIA VP EXOFORIA HISHBERG CENTRADO
Ducciones NORMAL Versiones NORMAL PPC 6 CMS

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
F.O.A.N.	☐	☐
Papila normal	☒	☒
Brillo foveal normal	☒	☒
Catarata	☐	☐
Esclerosis de cristalino	☐	☐
Opacidad de medios	☐	☐
Lesión retinal	☐	☐

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: NORMAL	O.D: NORMAL	O.D: NORMAL
O.I: NORMAL	O.I: NORMAL	O.I: NORMAL

Refracción / **Refracción final** / **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	-100	-150	0°	+200	O.D:	-100	-150	0°	+200	20/20	20/20
O.I:	-200	-350	10°	+200	O.I:	-200	-350	10°	+200	20/20	20/20

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	☐	☐
Defecto refractivo adecuadamente corregido	☒	☒
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	☐	☐

	O.D	O.I
Defecto refractivo no corregido	☐	☐
Gafas no formuladas	☐	☐

Diagnóstico

H524 PRESBICIA
H522 ASTIGMATISMO
H522 ASTIGMATISMO
H524 PRESBICIA
Z011 EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

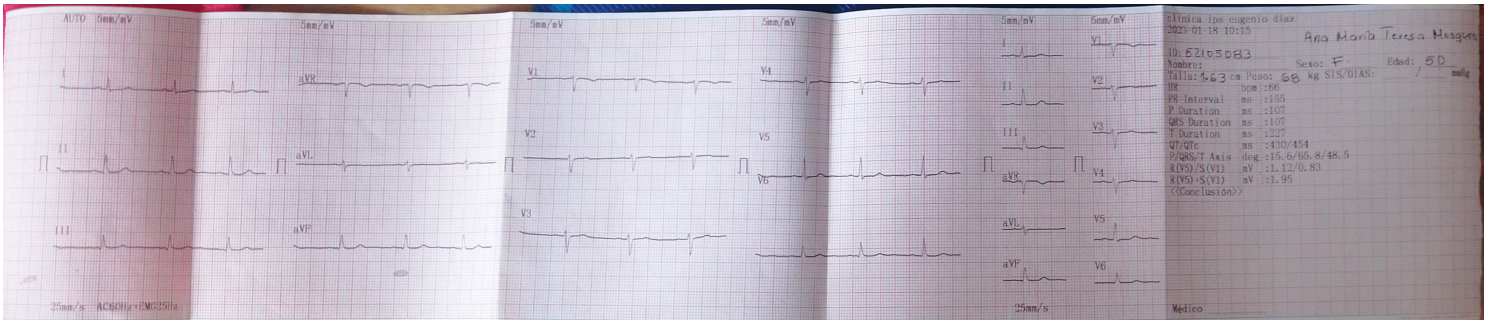
Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente ☒ | Corrección Óptica Ocasional ☐ | Control 6 meses ☐ | Control 1 año ☒
Optometria Clínica ☐ | Valoración por oftalmología ☐ | Valoración por ortóptica ☐

Valoración Normal ☐ Anormal ☒

CONCEPTO

Apto ☒ No apto ☐ **Observaciones:** 1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS
3. CAMBIO DE LENTES POR DETERIORO.


AUTO 5mm/mV
I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
25mm/s AC60Hz+EMG35Hz
25mm/s
Clinica ips eugenio diaz
2025-01-18 10:15
Ana Maria Teresa Mesquea
ID: 52105083
Nombre:
Sexo: F
Edad: 50
Talla: 1.63 cm Peso: 68 kg SIS/DIAS: / mmHg
HR bpm:66
PR-Interval ms :155
P-Duration ms :107
QRS Duration ms :107
T-Duration ms :227
QT/QTc ms :430/454
P/QRS/T Axis deg:15.6/65.8/48.5
R(V5)/S(V1) mV :1.12/0.83
R(V5)+S(V1) mV :1.95
<<Conclusion>>
Medico

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

NOMBRE: ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES
DOCUMENTO: CC.52105083
EMPRESA: CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 221133405
FECHA INGRESO: 18.Ene.2023 18:49:58
SEDE: Synlab Referencia Centro
EDAD-SEXO: 50 Años - Femenino

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV			
PARAMETROS LEUCOCITARIOS			
Leucocitos	**5.78**	x10^3 /uL	4.50 - 11.00
%Neutrófilos	**53.6**	%	42.5 - 73.2
%Linfocitos	**35.3**	%	18.2 - 47.4
%Granulocitos Inmaduros	**0.00**	%	0.0 0.6
%Monocitos	**8.70**	%	4.3 - 11.0
%Eosinofilos	**1.40**	%	0.0 - 3.0
%Basofilos	**1.00**	%	0.0 - 0.7
Recuento Diferencial absoluto:			
#Neutrófilos	**3.10**	x10^3 /uL	2.00 - 7.15
#Linfocitos	**2.04**	x10^3 /uL	1.16 - 3.18
#Granulocitos Inmaduros	**0.00**	x10^3 /uL	0.00 0.09
#Monocitos	**0.50**	x10^3 /uL	0.29 - 0.71
#Eosinofilos	**0.08**	x10^3 /uL	0.03 - 0.27
#Basofilos	**0.06**	x10^3 /uL	0.01 - 0.05
PARAMETROS ERITROCITARIOS			
Eritrocitos	**4.96**	x10^6 /uL	3.70 - 4.87
Hemoglobina	**15.9**	g/dL	10.6 - 13.5
Hematocrito	**45.1**	%	32.9 - 41.2
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	**90.9**	fL	77.7 - 93.7
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	**32.1**	pg	25.3 - 30.9
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)	**35.3**	g/dl	31.0 - 34.1
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	**12.1**	%	12.4 - 15.1
PARAMETROS PLAQUETARIOS			
Recuento de Plaquetas (PLT)	**451**	x10^3 /uL	186 - 353
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	**9.8**	fL	9.6 - 12.0

Analizado por,

BELKIS ALEJANDRA LOPEZ RAMIREZ
BACTERIOLOGO T.P:1034306055
Copiado:BALR

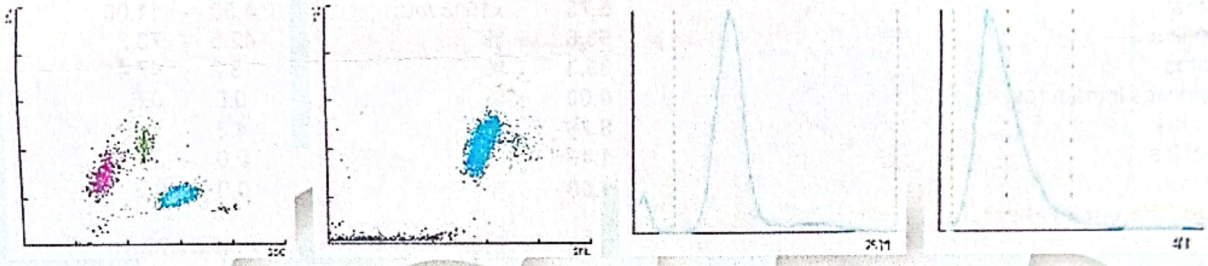
*** En caso de requerir el histograma, favor comunicarse con el Laboratorio. ***

Fecha de Validación:19/Ene 2023 00:05

NOMBRE:	**ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES**	**REFERENCIA:**	**221133405**
DOCUMENTO:	**CC.52105083**	**FECHA INGRESO:**	**18.Ene.2023 18:49:58**
EMPRESA:	**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)**	**SEDE:**	**Synlab Referencia Centro**
DOCTOR:	**PNR-ADSCRITO**	**EDAD-SEXO:**	**50 Años - Femenino**

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA



Analizado por,

BELKIS ALEJANDRA LOPEZ RAMIREZ
BACTERIOLOGO T.P:1034306055
Copiado:BALR

*** En caso de requerir el histograma, favor comunicarse con el Laboratorio. ***

Fecha de Validación:19/Ene 2023 00:05

***La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico-**

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768

LABORATORIO

Dirección:CLL 12 A NO 9 - 91 SOACHA PARQUE Tel : 8822218 **Sexo F** **Edad 50 Años** **Fecha 19/01/2023 11:16:00**

Doc: 52105083 Nombre : ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES Entidad:PARTICULAR

Nombre	Nivel	Indicaciones
– P903801 - PERFIL LIPIDICO		COLESTEROL TOTAL:188.9 mg/dl COLESTEROL HDL: 47.3 mg/dl COLESTEROLLDL: 113 mg/dl TRIGLICERIDOS:167.2 mg/dl
– 903841 - GLICEMIA		96.5 mg/dl

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
ESPECIALIDAD MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA
C.C 1030583036 R.M RES 11741 DE 09/10/2
Médico

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52105083 realizó el día 16/02/2025 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 ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52105083 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) ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52105083 el día 16/02/2025 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

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4822113449 , con fecha de apertura 15 de Marzo de 2012 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): ANA MARIA TERESA MOSQUERA TORRES
Identificado(a) con tipo de documento C No. 52.105.083

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero de 2025 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.