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	**97375-830405**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	49.739.659	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nlhincapie@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550488412623867
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

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

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7432329/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**30525**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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

DATOS PERIODO DEL PAGO

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

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0000**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 510.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.529.772,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.047.272,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	19.777,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.433.295,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas.

Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías

Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad,

Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje

Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habi

Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación

Proveer los medios y herramientas propias necesarias para el cumplimiento de las actividades contratadas, manteniendo autonomía técni

Implementar estrategias de formación inclusiva, considerando las necesidades específicas de la población objeto de formación

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

NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

HAROLD IVAN MERA MARTINEZ
INSTRUCTOR G11

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

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

25/02/25 15:41:13 USUARIO: SIC - C.C. 49739659

Bogotá, Febrero 11 de 2025

Señora:
HINCAPIE JIMENEZ NOHORA LIDES
CC. 49739659
CL 101 A 35 28 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 15 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GONZALEZ HINCAPIE JUAN JACOB	1056121137	C	Mar-13-2022	56	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
OROZCO GONZALEZ GABRIEL	1056139551	R	Mar-13-2022	56	26	HIJO DE BENEFICIARIO	VIGENTE			Ninguna
HINCAPIE JIMENEZ NOHORA LIDES	49739659	C	Abr-15-2024	42	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GONZALEZ LUIS ANGEL	79308493	C	Mar-13-2022	56	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ	49739659	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ	49739659	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **49739659,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2012** 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

sat.miseguridadsocial.gov.co/Consulta/ConsultaEstadoAfiliacion/ConsultaEstadoAfiliacion

GOV.CO

Mi Seguridad Social

Inicio | Sesión | Salir

La información dispuesta en esta consulta corresponde al resultado de las novedades y/o transacciones efectuadas en el SAT. Para confirmar el estado de su afiliación la SGSSS, consulte la página de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES en el siguiente link: www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA.

Datos básicos del afiliado — *Ocultar detalle*

Tipo de documento	Número de documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Nacionalidad
Cédula De Ciudadanía	49739659	Nohora	Lides	Hincapie	Jimenez	
Fecha de nacimiento	**Sexo**	**Fecha de defunción**	**Número de resolución**	**Fecha de resolución**	**Fuente de reporte**	
1967-07-12	Mujer	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	

Inscripción actual en la EPS — *Ocultar detalle*

Tipo afiliado	EPS actual	Estado	Causal de la inscripción	Régimen	Modalidad	Fecha inicio	Fecha fin	EPS destino	Fecha efectividad	Excepción
Cotizante	Salud Total Eps-S Sa	Activo	Activo	Contributivo	No Aplica	2024-04-15	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ninguna

Subir

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141160488961

(415)7707212489984(8020) 000014116048896 1

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HINCAPIE	JIMENEZ	NOHORA	LIDES

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 101 A 35 28 BRR LA ENEA

42. Correo electrónico norahj12@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 6 3 1 8 3 5 3	

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
9 1 0 1	2 0 1 0 0 4 1 2	8 2 1 9	2 0 1 5 0 7 0 9	8 2 1 1		2 3 2 0	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HINCAPIE JIMENEZ NOHORA LIDES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ** identificado con **CC** No. **49739659**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012697459.

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

Hace constar:

Que el Sr(a) NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 49739659 realizó el día 25/02/2025 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 NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 49739659 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) NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 49739659 el día 25/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MANIZALES, **06/02/2025**
CALDAS,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **49739659**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488412623867**
Fecha de apertura	**18/01/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Serviso
Salud Laboral Integral IPS

Fecha Atención :
2025-02-12 11:49:06

Fecha impresión :
2025-02-12 02:25:28

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	49739659
Fecha de Nacimiento:	1967-07-12	**Edad:**	57
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	CALLE 101 35 28	**Teléfono:**	3146318353
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

CIUDAD DE ATENCIÓN			

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE		**EMPRESA USUARIA**	
CARGO		**PROFESION U OCUPACION**	
FECHA INGRESO			

RESULTADOS

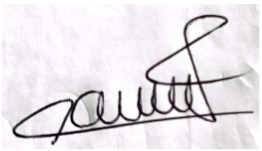
Concepto	De acuerdo a la prueba psicométrica aplicada DASS-21 no se evidencian alteraciones en las escalas de estrés, ansiedad y depresión. Se considera nivel de riesgo psicosocial bajo, por tanto, se indica: Participar en actividades de promoción y prevención en el cuidado de la salud mental. Se brindan signos de alarma en caso de requerir intervención. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca alguna afectación a la salud mental. En caso de presentar algún síntoma o identificar algún factor con alto potencial de riesgo, será pertinente que acuda por su entidad de salud.

ADJUNTOS

OBSERVACIONES ADJUNTO 1		**OBSERVACIONES ADJUNTO 2**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 3		**OBSERVACIONES ADJUNTO 4**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 5		**OBSERVACIONES ADJUNTO 6**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 7		**OBSERVACIONES ADJUNTO 8**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 9		**OBSERVACIONES ADJUNTO 10**	

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.





SIN HUELLA

CAROLINA AREVALO FERNANDEZ
1020746569
RM: LC SST 9983 TG 130602
Firma y sello del médico evaluador

NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ
Documento: CC 49739659
Firma del trabajador

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de examen: 2025-02-12 **Fecha de impresión:** 2025-02-12

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

SIN FOTO

Nombres y Apellidos:	NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	49739659
Fecha de Nacimiento:	1967-07-12	**Edad:**	57
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	CALLE 101 35 28	**Teléfono:**	3146318353
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL 2. PRUEBA PSICOLOGICA 3. VISIOMETRIA

CONCEPTO

CONCEPTO

SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
Observaciones:
SE REALIZA :

VISIOMETRIA
GLICEMIA
PRUEBA PSICOLOGICA

RECOMENDACIONES

GENERALES

CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI
INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	SI
CONTROL DE PESO Y NUTRICION	SI

OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	VISUAL
PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI
USO DE CORRECCION VISUAL	SI

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.





SIN HUELLA

JUAN SEBASTIAN OCAMPO MOLINA
1053795145
RM: RM 17036 LSO 72659
Firma y sello del médico evaluador

NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ
Documento: 49739659
Firma del trabajador

Laboratorio Clinico
Silvio Alfonso Marín Uribe

LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marín Uribe

Cra. 23 No. 25-61 Ed. Don Pedro Local 5
Tel. 882 91 94 - 884 95 69
Cel. 311 619 8542 - 310896 0045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

www.samu.resultadoslab.com.co

Paciente: NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ **Recepción:** 500331 **Sala:** CONSULTA EXTERNA
Edad: 57 A **Sexo:** Femenino **Identificación:** 49739659 **Fecha recepción:** 12/02/2025 12:15
F.Nac: 12/07/1967 **Teléfonos:** 3146318353 **Médico :** No Asignado
Empresa: SERVISO S.A.S

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Quimica		
GLICEMIA EN AYUNAS		F. Reportado: 12/02/2025 12:46
Resultado glicemia	** **104 mg/dl**	70 a 100 mg/dl

Técnica : Quimica Seca

Isabel Cristina Sanchez G.
Isabel Cristina Sanchez
Bacteriologa

Serviso
Salud Laboral Integral IPS

Fecha Atención :
2025-02-12 09:05:49

Fecha impresión :
2025-02-12 02:25:32

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	49739659
Fecha de Nacimiento:	1967-07-12	**Edad:**	57
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	CALLE 101 35 28	**Teléfono:**	3146318353
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

CIUDAD DE ATENCION	MANIZALES		

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**EMPRESA USUARIA**	
SEDE	MANIZALES	**AREA**	OPERATIVO
CARGO		**FECHA DE INGRESO**	02/2025
JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE	**ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO**	MAS DE 16 AÑOS
PROFESION	INSTRUCTORA		

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES		**OBSERVACIONES**	

EN LA EMPRESA ACTUAL

EXPOSICION A SOLVENTES	NO	**EXPOSICION A RADIACION NO IONIZANTE**	NO
EXPOSICION A TEMPERATURAS EXTREMAS	NO	**EXPOSICION A QUIMICOS**	NO
EXPOSICION A MATERIAL PARTICULADO	NO	**EXPOSICION A MATERIAL EN PROYECCION**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**EXPOSICIÓN A RADIACION IONIZANTE**	NO
EXPOSICION A VIDEO TERMINALES	NO	**OTROS**	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES		**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

PATOLOGICOS	NO	**QUIRURGICOS**	NO
FARMACOLOGICOS	NO	**GLAUCOMA**	NO
CATARATAS	NO	**RINITIS**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	SI Observaciones: PRESBICIA CON CORRECCION - NO TRAE LOS LENTES A LA CONSULTA
AMBLIOPIA	NO	**PTERIGIO**	NO
DEFECTOS REFRACTIVOS	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	**CIRUGIA OCULAR**	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	**ALTERACIONES TIROIDEAS**	NO
ESTRABISMO	NO	**DIABETES MELLITUS**	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES			

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	NO	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	MENOS DE 6 MESES
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO APLICA	**RX OD**	SIN LENTES
RX OI	SIN LENTES		

SINTOMATOLOGIA

ASINTOMATICO	NO	**ARDOR**	NO
ASTENOPIA VISION LEJANA	NO	**ASTENOPIA VISION PROXIMA**	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
SALTO DE RENGLONES	NO	**SECRECION**	NO
VERTIGO	NO	**VISION DOBLE**	NO
OTROS	NO		

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/30	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/30	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	20/30	**CON CORRECCION AO**	
SIN CORRECCION P.H. OD		**SIN CORRECCION P.H. OI**	

Serviso
Salud Laboral Integral IPS

Fecha Atención :
2025-02-12 09:05:49

Fecha impresión :
2025-02-12 02:25:32

VISION PROXIMA			
SIN CORRECCION OD	20/70	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/70	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	20/70	**CON CORRECCION AO**	
CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION			
OD	NORMAL	**OI**	NORMAL
MOTILIDAD OCULAR			
COVER TEST LEJOS	NORMAL	**COVER TEST CERCA**	NORMAL
PPC	NO APLICA	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	EXAMEN REALIZADO SIN LENTES EXAMEN REALIZADO BAJO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD		
PRUEBAS SENSORIALES			
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OD		**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OD**	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OI		**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		
IMPRESION DIAGNOSTICA			
REFRACTIVO			
BUENA AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL		**OBSERVACIONES**	
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL	SI	**OBSERVACIONES**	
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		**OBSERVACIONES**	
OCULAR Y MOTOR			
ALTERACION VISION BINOCULAR		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION PERCEPCION AL COLOR		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION AL CAMPO VISUAL		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION DEL SEGMENTO ANTERIOR		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION MOTORA		**OBSERVACIONES**	
RECOMENDACIONES			
USO DE CORRECCIÓN VISUAL	PERMANENTE	**USO DE EPV**	SI
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		**VALORACION POR OPTOMETRIA**	
RECOMENDACIONES GENERALES	PAUSAS ACTIVAS VISUALES		
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.



ERIKA TATIANA CERON PATIÑO
1053773649
RM: 32766
Firma y sello del médico evaluador



NOHORA LIDES HINCAPIE JIMENEZ
Documento: CC 49739659
Firma del trabajador

SIN HUELLA