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 FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**34128-395531**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA NOHEMY CARDONA TORRES	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.193.486	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mncardona@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055048844369863 1
IP/Nº de contacto:	1	**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**	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:	7410535/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**7725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**06/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.598.120
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 38.598.120
Valor Bruto Pago:	**$ 2.859.120,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.739.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.859.120	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	**$ 2.859.120**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.813.620**	**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	III	$ 34.700	$ 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	$ 605.000	
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	1.813.620,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.453.320,00	
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	23.699,00	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	**$2.835.421,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

practica quirurgicas

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

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

MARIA NOHEMY CARDONA 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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

25/02/25 15:06:02 USUARIO: SIC - C.C. 52193486

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA NOHEMY CARDONA TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52193486,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2021** 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 25 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

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARIA NOHEMY CARDONA TORRES identificado(a) con Cedula Ciudadania 52193486, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230902	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27996110

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141111122975

(415)7707212489984(8020) 000014111112297 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 1 9 3 4 8 6	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 9 3 4 8 6	

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
TORRES		MARIA	NOHEMY

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 80 M 65 G 45 SUR

42. Correo electrónico: merynoh@hotmail.com

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

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 6 9 2	2 0 1 3 0 4 1 7	8 5 4 3	2 0 2 4 0 2 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	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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141111122975

(415)7707212489984(8020) 000014111112297 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 1 9 3 4 8 6	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 3 0 4 0 1	
77. No. Matrícula mercantil	1 3 9 3 6 5 4	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52193486		CARDONA TORRES MARIA NOHEMY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 80 M 65G-45 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

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	11604445	9479270532	I	2025/01/22	2025/01/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**		**$31,700**		**$0**	**$0**		**$402,200**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**		**$31,700**		**$0**	**$0**		**$402,200**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**		**$31,700**		**$0**	**$0**		**$402,200**
1	CC 52193486	CARDONA MARIA																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total	**Afiliados(1)**																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52193486		CARDONA TORRES MARIA NOHEMY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 80 M 65G-45 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

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	11604445	9479270532	I	2025/01/22	2025/01/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA NOHEMY CARDONA TORRES** identificado con **CC** No. **52193486**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 06/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 06/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

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): 202501012750730.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

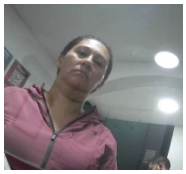
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-02-10

Nombres y apellidos: MARIA NOHEMY CARDONA TORRES **CC:** 52193486
Fecha de nacimiento: 22/02/1975 **Edad:** 49 **Sexo:** FEMENINO
Empresa: PARTICULAR **Fecha ingreso:** 2024-02-10 / 07:52:51
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2024-02-10 / 10:08:28
Cargo: ENFERMERA



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- PSICOMETRICO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA / HATO VIEJO
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE FORMULA VISUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, 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 del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Julie Pauline Zapata V.
Gerencia en S.O.
Universidad del Rosario
Reg: SO1010

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

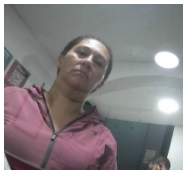
MARIA NOHEMY CARDONA TORRES
CC: 52193486
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-02-10

Nombres y apellidos: MARIA NOHEMY CARDONA TORRES **CC:** 52193486
Fecha de nacimiento: 22/02/1975 **Edad:** 49 **Sexo:** FEMENINO
Empresa: PARTICULAR **Fecha ingreso:** 2024-02-10 / 07:52:51
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2024-02-10 / 10:08:28
Cargo: ENFERMERA



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE FORMULA VISUAL

Dra. Julie Pauline Zapata V.
Gerencia en S.O.
Universidad del Rosario
Reg: SO1010

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

MARIA NOHEMY CARDONA TORRES
CC: 52193486
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

VISIOMETRIA

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-02-10

CC: 52193486
Nombres y apellidos: MARIA NOHEMY CARDONA TORRES
Fecha de nacimiento: 22/02/1975
Edad: 49 **Sexo:** FEMENINO **RH:**
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: ENFERMERA
Fecha ingreso: 10/02/2024
Fecha salida: 10/02/2024
Teléfono acompañante:



EVOLUCIÓN

SECCIÓN 1
EVOLUCION:

ANTECEDENTES GENERALES

SECCIÓN 1
ANTECEDENTES OCULARES: USUARIA DE GAFAS
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:
ANTECEDENTES FAMILIARES:

PRUEBA

SECCIÓN 1
PERIMETRIA:

AGUDEZA VISUAL LEJANA

SECCIÓN 1		
AMBOS OJOS:	20/20	CC
OJO DERECHO:	20/20	CC
OJO IZQUIERDO:	20/20	CC
ESTEREOPSIS SEG:	40	
VISION CROMATICA:	NORMAL	
FORIA VERTICAL:	NORMAL	
FORIA LATERAL:	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

SECCIÓN 1		
AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:	0.75 CM.	CC
OJO DERECHO VISUAL CERCANA:	0.75 CM.	CC
OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:	0.75 CM.	CC
FORIA LATERAL VISUAL CERCANA:	NORMAL	
ESTENOPEICO VISUAL CERCANA:		

DIAGNÓSTICOS

SECCIÓN 1
DIAGNOSTICO 1: OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN
DIAGNOSTICO 4:
DIAGNOSTICO 2:
DIAGNOSTICO 5:
DIAGNOSTICO 3:

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1
RECOMENDACIONES: CONTINUAR CON USO DE GAFAS

Powered by CamScanner

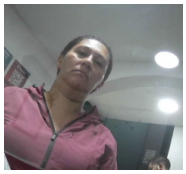
REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-02-10

CC: 52193486
Nombres y apellidos: MARIA NOHEMY CARDONA TORRES
Fecha de nacimiento: 22/02/1975
Edad: 49 **Sexo:** FEMENINO **RH:**
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: ENFERMERA
Fecha ingreso: 10/02/2024
Fecha salida: 10/02/2024



GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA / HATO VIEJO

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	83	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

Angélica María Botia Avila
Bacteriologa y Lab. Clínico
UNIVERSIDAD C.M.C
TP 1090449574

ANGELICA MARIA BOTIA AVILA
RM: 1090449574
Firma y sello del médico

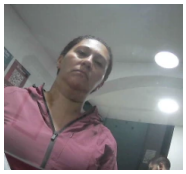
PSICOMETRICO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-02-10

CC: 52193486
Nombres y apellidos: MARIA NOHEMY CARDONA TORRES
Fecha de nacimiento: 22/02/1975
Edad: 49 **Sexo:** FEMENINO **RH:**
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: ENFERMERA
Fecha ingreso: 10/02/2024
Fecha salida: 10/02/2024
Teléfono acompañante:



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN 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:

• SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.
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.

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:

Itay David Zapata Martinez
C.C. 1.143.330.542
Psicólogo
Universidad de San Buenaventura
Licencia N° 397

ITAY DAVID ZAPATA MARTINEZ
RM: 0
Firma y sello del médico

MARIA NOHEMY CARDONA TORRES
CC: 52193486
Firma del paciente

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m>	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión	10 MAR. 2010	CRUZ ROJA COLOMBIANA SEDE 165253 DD Ramirez
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	09 ENE. 2009	CRUZ ROJA COLOMBIANA SEDE 2061106
	2ª Dosis	10 MAR. 2010	2061106 DD Ramirez
	3ª Dosis	= 4 JUL 2017	AHBVLS4480 Milena D
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	10 MAR. 2010	CRUZ ROJA COLOMBIANA SEDE D0989-1DI P.S.
	2ª Dosis		Marisol León Acosta
	Refuerzo		C.C. 53.012.164
TETANO	1ª Dosis	20-08-2011	024LG007B ENFERMERA AUXILIAR
	2ª Dosis	2-Dic-2011	IMMUNOLOGIA DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO
	Refuerzo	= 4 JUL 2017	M72873V Milena D
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

compensar | salud

Certificado de Vacunación

Institución: Inmunización

Nombre: Maria Nehemi Toro 2

Identificación: 52193436 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza	X3	13 JUN 2023	AZZIV	Karen Cano

Cortesía de Sanofi Pasteur

Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

MARIA NOHEMY CARDONA TORRES

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

52193486

Fecha nacimiento / Date of birth

22/02/1975

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number		
Primera	Segunda	-
Lote / Vaccine Batch		
EN1195	EN1195	-
Vacuna / Vaccine		
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	-
Centro vacunador / Administering Center		
CLINICA MEDICAL S.A.S.	CLINICA MEDICAL S.A.S.	-
Fecha de aplicación / Date of Vaccination		
03/03/2021	26/03/2021	-
País de vacunación / Country of Vaccination		
CO-Colombia	CO-Colombia	-
Sello digital / Digital Stamp		
2V3MJJVQD6WVCI37O5OU WLRVT7WIORLQHIQ4KVCQ XODSTR2JW6BDQ	QFETEPCYOP3SRADHIGAC TJ4GUJJKY3DKYWWLPCGB CF5UA5GJC5W6A	-
Fecha de emisión del documento / Document issued		
30/11/2021	30/11/2021	-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

30-4-21. dose 940875 30322. USS Kennedy

Moderna

Alexander cc 1073138785 Alcampo

En alianza con

Hospital Universitario Clínica San Rafael

LABORATORIO CLINICO
PBX 57+3282300 EXT 2360-2364

Orden: 0000126993 **Consecutivo:** **Médico:** MEDICOS
Paciente: 2040533 - MARIA NOHEMY TORRES **Años:** 42 **Meses:** 4 **Días:** 8
Identificación: CC : 52193486 **Sexo:** Femenino **Teléfono:**
Historia Clínica: **Vale:** **Autorización:**
Ubicación: VENTA SERVICIOS
Tipo Paciente: CONSULTA EXTERNA **Convenio:** MARIA CLEMENCIA RODRIGUEZ MELO
Servicio: LABORATORIO CLINICO **Fecha/Hora de Entrada:** 30/06/2017 14:44 **Fecha/Hora Impresión:** 01/07/2017 08:28

Sucursal: 24-24 CONVENIO EXTERNO / Orden: 0000126993 / Paciente: 2040533-MARIA NOHEMY TORRES / Documento: CC -52193486

ESTUDIO	RESULTADO	UND	INTERVALO BIOLOGICO DE REFERENCIA
HEPATITIS B ANTICUERPOS Ag HBS: (Técnica Quimioluminiscencia CMIA)	10.52	mUI/mL	No Reactivo 0.0 a 10.0 Reactivo 10.1 a 1000

Fecha/Hora Validación:30/06/2017 16:03:41

Dra. Milena Rocio Agudelo Rincon
C.C 52.537.252
U.C.M.C

Nuestro Objetivo: La Excelencia Nuestro Compromiso: Usted

Muestra remitida desde institución de convenio