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	**31762-634213**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CAROL ANDREA TRIANA RUIZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.471.991	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	psico.caroltrianar@gmail.com	**Número de Cuenta:**	24042133498
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

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

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7432593/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**39325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

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	**18/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.597.066
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:	**$ 1.993.121,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 25.603.945

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.993.121	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	**$ 1.993.121**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.381.421**	**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		$ 521.950	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 65.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 83.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 2.800	$ 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%	$ 22.949.039	$ 460.000	
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	1.381.421,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.844.221,00	
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	17.815,00	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	**$1.975.306,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI)

Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato

Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral

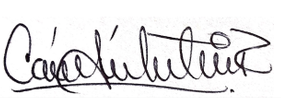
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas

Velar por el adecuado uso de los ambientes de formación

Proveer los medios y herramientas propias necesarias para el cumplimiento de las actividades

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



CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LUIS ALEJANDRO ZARTA BAUTISTA
PROFESIONAL G01(E)

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

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

26/02/25 10:26:58 USUARIO: SIC - C.C. 52471991

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
No. Identificación: CC52471991
Dirección: CLL 46 72 J 36 SUR
Telefono: 7493993
Correo: carolan77@hotmail.cl
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8384122854

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Tipo y número de identificación	CC52471991
Número de planilla	8384122854
Fecha pago	2025-02-13
Número de autorización pago	84122854
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2024
Número de Administradoras	4
Total Pagado	409000
Total Intereses de Mora	5700

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	6900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	210900	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	26400	1
EPS008	Compensar EPS	164800	1

8384122854

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52471991
APELLIDOS Y NOMBRES: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1300000	1300000	1300000	1300000	162500	0	208000	0	6800	26000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CAROL ANDREA TRIANA RUIZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52471991, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente bajos ingresos tipo 42 según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20090801	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 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
27862619

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CAROL ANDREA TRIANA RUIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52471991,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2010** 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 12 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

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, **CAROL ANDREA TRIANA RUIZ** identificado con **CC** No. **52471991**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 19/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 18/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 19/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012780730.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 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 141137792929

(415)7707212489984(8020) 000014113779292 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 7 1 9 9 1	3	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 4 7 1 9 9 1	

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
TRIANA	RUIZ	CAROL	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 46 SUR 72 J 39 BRR BOITA

42. Correo electrónico: carolan77@hotmail.cl

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 4 9 1 6 2 1 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 2 4 1 0 0 1	8 5 4 2	2 0 2 4 1 0 0 1		7 2 2 0	7 4 9 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

	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 TRIANA RUIZ CAROL ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CAROL ANDREA TRIANA RUIZ Identificado con CC 52471991

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina KENNEDY PLAZA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24042133498
Fecha de apertura:	23 de Enero de 2014
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 13 de Febrero de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CAROL ANDREA TRIANA RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52471991 realizó el día 22/02/2025 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:

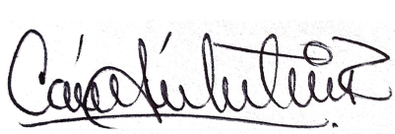
Yo CAROL ANDREA TRIANA RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52471991 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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) CAROL ANDREA TRIANA RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52471991 el día 22/02/2025 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

Cendiatra

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:** 2024-10-22

Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 52471991
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-10-22 / 09:07:14
Fecha salida: 2024-10-22 / 11:26:36



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VALORACION DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL CON MEDICOS TRATANTES EN EPS
CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES POR MEDICO GENERAL EN EPS

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL POR EPS

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.

Johenys Mercado M.
Johenys Katherine Mercado M.
Médico Especialista en SST
Lic. SST 11758 2020
RM. 1065650567 / 2018

JOHENYS KATHERINE MERCADO MARULANDA
RM: 1065650567
Firma y sello del médico

CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
CC: 52471991
Firma del paciente

Scanned with CamScanner

Cendiatra

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:** 2024-10-22

Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 52471991
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-10-22 / 09:07:14
Fecha salida: 2024-10-22 / 11:26:36



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

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL CON MEDICOS TRATANTES EN EPS CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES POR MEDICO GENERAL EN EPS
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL POR EPS

JOHENYS KATHERINE MERCADO MARULANDA
RM: 1065650567
Firma y sello del médico

CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
CC: 52471991
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Scanned with CamScanner

Cendiatra

ENFASIS CARDIOVASCULAR

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:** 2024-01-12

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 46 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 12/01/2024
Fecha salida: 12/01/2024
Teléfono acompañante:



ENFERMEDAD ACTUAL

SECCIÓN 1

ENFERMEDAD ACTUAL:	ASINTOMATICA BUEN ESTADO GENERAL

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

SECCIÓN 1

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:	NINGUNO

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO PARA DETECTAR PROBABLE ANGINA DE PECHO, INFARTO, CRISIS ISQUEMICA TRANSITORIA O ATAQUE CEREBRAL. SI RESPONDE NO, SIGA CON LA PREGUNTA NO. 8, SI CONTESTO SI, VAYA A LA SIGUIENTE PREGUNTA

1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO:	NO

SI EL/LA PACIENTE RESPONDIO SI A LA PREGUNTA 3,4,5,6 O 7 PUEDE TENER ANGINA DE PECHO O ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA Y DEBE SER EVALUADO POR EL MEDICO

2. SIENTE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO:	NO APLICA
3. SIENTE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO:	NO APLICA
4. SE SIENTE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA Y DISMINUYE EL RITMO:	NO APLICA
5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA:	NO APLICA
6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS:	NO APLICA
7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS:	NO PLICA

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 8 ES SI, EL/LA PACIENTE PUDO HABER SUFRIDO UN ACV O ICT Y NECESITA SER EVALUADO POR MEDICO.

8. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS: DIFICULTAD PARA HABLAR, DEBILIDAD EN EL BRAZO O PIERNA DE UN LADO DEL CUERPO O ADORMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO:	NO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

PESO:	62
TALLA:	1.62
IMC (M2):	23.62
CLASIFICACIÓN:	NORMAL
FC (MIN):	74.00
TA (MMHG):	120/80

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES:
OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

Cendiatra

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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:** 2024-01-12

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 46 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 12/01/2024
Fecha salida: 12/01/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR:	NO REFIERE

EXAMEN FISICO

COLUMNA INSPECCION	
POSTURA:	NORMAL
ALINEACION:	NORMAL
SIMETRIA:	NORMAL
ESCOLIOSIS:	NORMAL
COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES	
OBSERVACIONES COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES:	ADECUADOS
EXTREMIDADES	
HOMBRO:	NORMAL
BRAZO:	NORMAL
CODO:	NORMAL
ANTEBRAZO:	NORMAL
MANO:	NORMAL
DEDOS:	NORMAL
CADERAS:	NORMAL
RODILLAS:	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES:	NORMAL
CUELLO DE PIE:	NORMAL
PIE:	NORMAL
OBSERVACIONES EXTREMIDADES:	

PRUEBAS ESPECIFICAS

PRUEBAS ESPECIFICAS	
DOMINANCIA:	DERECHA
PHALEN:	NEGATIVO
TINNEL:	NEGATIVO
FINKELSTEIN:	NEGATIVO
LASEGUE:	NEGATIVO
HAWKINS:	NEGATIVO
JOBS:	NEGATIVO
MILLS:	NEGATIVO
COZEN:	NEGATIVO

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICOS	
DIAGNÓSTICO 1:	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 2:	
DIAGNÓSTICO 4:	

Scanned with CamScanner

Cendiatra

VALORACION DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL

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:** 2024-10-22

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 22/10/2024
Fecha salida: 22/10/2024
Teléfono acompañante:



VALORACIÓN CONDUCTUAL

SECCIÓN 1

ÁREA COGNITIVA:	PACIENTE DENTRO DE LOS PARÁMETROS, PRESENTA UNA ADECUADA CAPACIDAD COGNOSCITIVA. ORIENTADA, CONSIENTE, CON ADECUADA CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN.
ÁREA EMOCIONAL:	ADECUADA, LA PACIENTE RESPONDE DE MANERA CONSISTENTE CON LOS EVENTOS Y ACONTECIMIENTOS PROPIOS DE LA VIDA LABORAL, FAMILIAR Y SOCIAL. AFIRMA QUE VIVE CON SU ESPOSO, MADRE E HIJAS, CON QUIENES REFIERE LLEVAR UNA BUENA RELACIÓN.
NIVEL DE ESTRES:	INDICATIVO BAJO EN FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS. NO PRESENTA DIFICULTAD EN LA HIGIENE DEL SUEÑO.
VALORACIÓN DE FACTOR PSICOSOCIAL:	SE PERCIBE MEDIANTE ENTREVISTA RIESGO BAJO, LAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES FRENTE A SU SITUACIÓN LABORAL Y QUE ESTÁN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES AMBIENTALES NO INTERFIEREN EN SU SALUD MENTAL

CONCEPTO PSICOLÓGICO

SECCIÓN 1

CONCEPTO PSICOLÓGICO:	SIN APARENTE ALTERACIÓN EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES:	• CONTINUAR CON UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE (DEPORTE, ACTIVIDAD FÍSICA) • REALIZAR PAUSAS ACTIVAS (MENTALES/FÍSICAS) • LLEVAR A CABO CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS

INTERPRETACIÓN DE PRUEBA APLICADA C.A Q

SECCIÓN 1

APLICO PRUEBA:	NO

ADJUNTAR

ADJUNTAR
ADJUNTAR:

Scanned with CamScanner

Ana María Luque R.
Ana María Luque Ramírez
Psicóloga - Esp. SST
T.P. 156592
Lic. SST 1053 de 2020

ANA MARIA LUQUE RAMIREZ
RM: 156592
Firma y sello del médico

CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
CC: 52471991
Firma del paciente

Centro de diagnóstico automotriz

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Scanned with CamScanner

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

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:** 2024-10-22

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 22/10/2024
Fecha salida: 22/10/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES:	NO	
CIRUGÍA OCULAR:	NO	
GLAUCOMA:	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO	
ALERGIAS:	NO	
OTROS:	NO	
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	SI	NO USA GAFAS

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO
OTROS:	

Scanned with CamScanner

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/25
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/25
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/25
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:	0.50 CM.
CON CORRECCION OD:	
SIN CORRECCION OI:	0.50 CM.
CON CORRECCION OI:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

COVER TEST

SECCIÓN 1

LEJOS:	ORTHO
CERCA:	X
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	
MOTILIDAD OCULAR:	

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:	NA
OI QUERATOMETRÍA:	NA

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL
OI OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL

REFRACCÍON

OJO DERECHO

ESTÁTICA:	
DINÁMICA:	
CICLOPLEJÍA:	

OJO IZQUIERDO

ESTATICA:	

Scanned with CamScanner

DINÁMICA:

CICLOPLEJÍA:

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES:	NO
VISIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO

RX EN USO

OD:

OI:

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN
DIAGNÓSTICO 2:	
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA, DEFINIR ESTADO VISUAL

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA:	NO	
CONTROL ANUAL:	NO	
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO	
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	SI	USO DE GAFAS OCASIONAL Y PARA PROTECCIÓN

YENNIFER BARRERA MOSQUERA
RM: N/A
Firma y sello del médico

CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
CC: 52471991
Firma del paciente

Scanned with CamScanner

Cendiatra

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:** 2024-10-22

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 22/10/2024
Fecha salida: 22/10/2024



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	86	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Angelica María Botia Avila
Bacteriólogo y Lab. Clínico
UNIVERSIDAD C M C
SP 1090449574

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

Scanned with CamScanner