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	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**96097-974196**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.065.593.515	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yakical2612@gmail.com	**Número de Cuenta:**	02212499857
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	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:	7571191/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**47925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, 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	**12/03/2025**	**Al**	**31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.622.135
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 42.622.135
Valor Bruto Pago:			**$ 2.913.024,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.709.111

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.913.024	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.913.024**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.874.724**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 7.500	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 625.000	
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	1.874.724,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.507.224,00	
Valor base IVA	2.913.024,00	
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	24.220,00	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	**$2.888.804,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES DE ESTRUCTURACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO

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

YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

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)

BOGOTA, Marzo 3 de 2025

Señores:
YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO
CR 89 A BIS 8 A 18
BOGOTA - BOGOTA

Referencia: Respuesta de Aprobación a solicitud de traslado (empleador).

Estimado (a) empleador (a):

Reciba un cordial saludo en nombre de SALUD TOTAL EPS-S S.A y nuestro agradecimiento por elegirnos como la Entidad Promotora de Salud de confianza para sus colaboradores.

Con el fin de darle a conocer la respuesta generada a las solicitudes de traslado que se han recibido de algunos de sus colaboradores, nos permitimos relacionar las respuestas que han sido aprobadas.

En la información consignada a continuación podrá observar el detalle de las personas por quienes se consideró procedente el traslado de la EPS relacionada y fueron aprobados, de acuerdo al Decreto 780 de 2016.

Documento	Tipo	Apellidos y Nombre	EPS Anterior	Fecha Inicio Servicio	Primer pago exigido
1065593515	C	YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO	Compensar E.P.S.-CM	Abril 1 de 2025	Abril 1 de 2025

Por lo anterior, y para hacer efectiva esta noticia, le agradecemos que sus cotizaciones en salud sean realizadas a SALUD TOTAL EPS-S S.A a partir del primer pago exigido.

En Salud Total EPS-S apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que continú disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace "Te Escuchamos" en www.saludtotal.com.co o puede comnicarse con la línea de atención al cliente 018000114524, y en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO SÁNCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información.
¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB **www.saludtotal.com.co,** y en la opción **Te Escuchamos** registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

M-PYGA-F017 V.1.0-2018

Bogotá, 12/02/2025

Señor(a)
YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO
C – 1065593515

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014190085
Fecha Radicación: 02/12/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa C 1065593515, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 4500000.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO	C	12/14/1987	COTIZANTE	F	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 02/12/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 89 A BIS 8 A 18
Dirección Laboral: CR 89 A BIS 8 A 18
Fondo de Pensiones: 2
Administradora Riesgos Profesionales:
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 02/12/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AUGUSTO ALEJANDRO LEMUS MARTINEZ Código: N763, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.593.515**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA 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, **YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO** identificado con **CC** No. **1065593515**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 13/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 12/03/2025 **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): 202501013384414.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de marzo 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 141161561168

(415)7707212489984(8020) 000014116156116 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 5 5 9 3 5 1 5	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	1 0 6 5 5 9 3 5 1 5	

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
CALDERON	BRACHO	YAKELINE	DELFINA

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 89 A BIS 8 A 18 AP 207

42. Correo electrónico: delfi-psicologa26@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 2 7 6 3 2 6 0	3 2 1 5 5 3 9 0 3 7

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
7 4 9 0	2 0 1 2 1 2 1 4	8 5 4 1	2 0 2 3 0 1 2 6		8 5 4 2 8 5 4 3		

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										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: YakelineCalderónB

984. Nombre CALDERON BRACHO YAKELINE DELFINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Jueves, 20 de marzo de 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO identificado(a) con CC 1065593515, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	02212499857	2013/08/30	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

Hace constar:

Que el Sr(a) YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065593515 realizó el día 20/03/2025 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 YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065593515 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.

Yakeline Calderón B

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) YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065593515 el día 20/03/2025 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 MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Av. Cra. 68 No. 17 - 82, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO			Identificación CC	Nro 1065593515
Fecha de Nacimiento	1987-12-14	**Edad**	35	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTORA				
Fecha Ingreso	2023-01-28 10:09:07	**Fecha Salida**	2023-01-28 11:29:38		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	PSICOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS
UROANALISIS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL	SI
OTROS	NO PRESENTA

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 de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Juliana Cortes Acosta
Médica -Uniboyacá
R. M. 1053335217 - Especialista SST
Licencia 1346 - 22/08/2017

KATHERIN JULIANA CORTES ACOSTA
RM: 1053335217
Firma y sello del médico

Yakeline Calderon B

YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO
CC 1065593515
Firma del trabajador

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/28
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Av. Cra. 68 No. 17 - 82, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente1@cendiatra.com
FECHA DE EXAM	2023-01-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO			Identificación CC	Nro 1065593515
Fecha de Nacimiento	1987-12-14	**Edad**	35	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTORA				
Fecha Ingreso	2023-01-28 09:59:36	**Fecha Salida**	2023-01-28 09:59:42		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
OTROS	RX USO PERMANENTE QX ESTRABISMO HACE 15 AÑOS TERAPIA ORTOPTICA INFANCIA
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
CON CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OI	20/50
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
CON CORRECCION OD	0.50 cm
CON CORRECCION OI	1.25 Mts.
CON CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	20/20

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/28
www.cendiatra.com

SIN CORRECCION OI	20/50

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	ESTRABISMO
OI	ESTRABISMO

COVER TEST

LEJOS	ETD
CERCA	ETD
HIRSCHBERG	DESCENTRADO
P.P.C	NO APLICA
MOTILIDAD OCULAR	ESTRABISMO

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	MEDIOS TRANSPARENTES
OI	MEDIOS TRANSPARENTES

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	SOBREREFRACCIÓN NEUTRO
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	SOBREREFRACCIÓN NEUTRO

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	-2.00-1.75
OI	-1.25-1.75

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H521: Miopía
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H500: Estrabismo concomitante convergente
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H530: Ambliopía ex anopsia
OBSERVACIONES	CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA, PAUSAS DURANTE ACTIVIDADES DE ESFUERZO VISUAL. CONTROL ANUAL

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/28
www.cendiatra.com

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dra. Tatiana Molina Ch.
Optometra
Reg. 1.018.503.131
U. de la Salle

Yakeline Calderon B

TATIANA JULIETH MOLINA CHAMORRO
RM: 1018503131

YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO
CC 1065593515

Cendiatra

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 28/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE: YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO
CÉDULA: 1065593515
EDAD: 35 CARGO: INSTRUCTOR

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO:

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

OBSERVACIONES

De acuerdo a 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: Este test corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no un test diagnostico.

Sonia Pachón Vargas
Psicóloga - TP 146153
Lic. SST 798 de 2019

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-28

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO		
Identificación	CC	**No. Documento**	1065593515
Fecha de Nacimiento	1987-12-14	**Edad**	35 años 1 meses 14 dias
Sexo	F	**Empresa**	PACIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-28 09:45:00	**Sede**	CENDIATRA OCCIDENTE

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	91	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126

ANALISIS

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	5.05	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	12.8	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	41.83	%	36.0-52.0%
VCM	83	fl	76-96fl
HCM	25.5	pg	27.0-32.0pg
CHCM	30.7	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	14.2	%	<15.0%
LEUCOCITOS	7.560	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	74.3	%	50-70%
LINFOCITOS	23.4	%	25-40%
MIXTAS	2.3	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	5.620	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	1.770	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	170	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	216.000	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	118	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	74	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

UROANALISIS

TITULO	RESULTADO

EXAMEN_FISICO

TITULO	RESULTADO
COLOR	AMARILLO
OLOR	SG
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO

EXAMEN_MICROSCOPICO

TITULO	RESULTADO

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-28

UROANALISIS

LEUCOCITOS	0-2XC
HEMATIES	0 XC
BACTERIAS	0-2XC
CELULAS EPITELIALES	0-2XC
CRISTALES	NO SE OBSERVA
MOCO	NO SE OBSERVA

EXAMEN_QUIMICO

TITULO	**RESULTADO**
NITRITOS	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NORMAL
PROTEINAS	NEGATIVO
DENSIDAD	1.015
PH	7.0
SANGRE	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
BILIRRUBINAS	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
LEUCOCITOS	NEGATIVO

IMAGEN

TITULO	**RESULTADO**

RESULTADO

TITULO	**RESULTADO**
RESULTADO	

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	**RESULTADO**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**VALOR DE REFERENCIA**
RESULTADO	64	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	**RESULTADO**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**VALOR DE REFERENCIA**
RESULTADO	39.2	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Rocío del Pilar Tovar Oyola
Bacterióloga
Cod. 1017190683

ROCIO DEL PILAR TOVAR OYOLA
1017190683
Firma y sello del médico evaluador

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/02/01
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Av. Cra. 68 No. 17 - 82, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-02-01	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO			Identificación CC	Nro 1065593515
Fecha de Nacimiento	1987-12-14	**Edad**	35	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTORA				
Fecha Ingreso	2023-02-01 15:25:27	**Fecha Salida**	2023-02-01 15:29:06		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

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

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	ANALISTA DE TALENTO HUMANO
TIEMPO EN EL CARGO	5 MESES
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNA

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	

Cendiatra

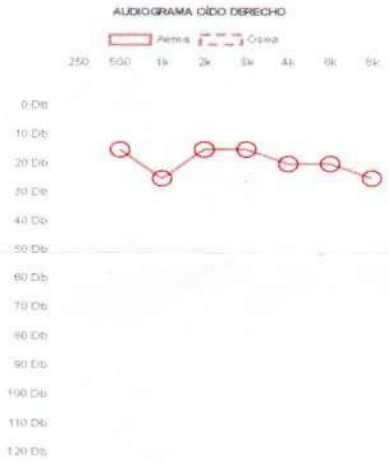
HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

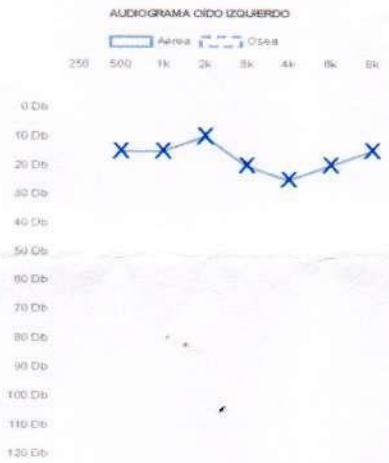
Fecha de impresión: 2023/02/01
www.cendiatra.com

USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				15			25			15			15			20			20			25		
OI				15			15			10			20			25			20			15		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

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

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/02/01
www.cendiatra.com

CARGO	ANALISTA DE TALENTO HUMANO
TIEMPO EN EL CARGO	5 MESES
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNA

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	18.75
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	17.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Yakeline Calderon B

RUTH KARIME GONZALEZ CARRILLO
RM: 1090381979
Firma y sello del médico evaluador

YAKELINE DELFINA CALDERON BRACHO
CC 1065593515
Firma del trabajador evaluado