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	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**05907-710241**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	40.039.767	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cyrojasb@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	94493594219
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	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:	7442931/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**24025**	**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, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para ejecutar acciones de formación presencial en su sede principal y colegios del Programa de Articulación con la Media, en la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, áreas temáticas: Gestión

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025**	**Al**	**30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 36.796.088
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.308.623
Valor Bruto Pago:		**$ 4.599.511,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 32.196.577

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.049.411**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9483856088**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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	$ 1.016.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.641.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.049.411,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Colegio Alexander Fleming impartir formacion profesional técnico en Recursos Humanos ficha 3177649

Colegio Jose Joaquín Castro impartir formacion profesional técnico en Recursos humanos fichas 3178120, 3181119

Colegio Diana Turbay impartir formacion profesional técnico en Recursos humanos ficha 3178121

Colegio Liceo de las Américas Seguimiento etapa productiva ficha 2943133 Asistencia Administrativa

Colegio técnico Menorah seguimiento etapa productiva fichas 2943106, 2943107 Asistencia Administrativa

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

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
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,

MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
INSTRUCTOR G20

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)

15/04/25 19:47:24 USUARIO: SIC - C.C. 40039767

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40039767		ROJAS BARRAGAN CLARA YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 64B #8-23	TUNJA-BOYACA	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1377620746	9483856088	I	2025/04/15	2025/04/01	BANCOLOMBIA	0	$534,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
1	CC	40039767	ROJAS CLARA	25-14	30	$1,840,000	$294,400	EPS005	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,840,000	$9,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40039767		ROJAS BARRAGAN CLARA YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 64B #8-23	TUNJA-BOYACA	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1377620746	9483856088	I	2025/04/15	2025/04/01	BANCOLOMBIA	0	$534,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$534,100	$0	$0	$534,100

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
MD. UNIVERSIDAD NACIONAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H
NIT: 2993727
LSO - 2969/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 40039767-44586

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/01/2023 - CHIA		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN	**Edad:** 49	**Identificación:**	40039767	
Género	FEMENINO		**Teléfono**	3102548120	**Móvil:** 3102548120
Fecha Nacimiento:	28/01/1974		**Cargo:**	INSTRUCTOR (A)	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	SANITAS S.A.	
Dirección	CALLE 64 B # 8-23		**ARL:**	POSITIVA	
Escolaridad:	PROFESIONAL		**AFP:**	COLPENSIONES	
Empresa	PARTICULAR				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR
GLICEMIA	NORMAL
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO 3% TEST DE FRAMINGHAM

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL -

SVE

Información de Remisiones

NO

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.-'

Dr. Carlos A. Cantor H.
Médico U. Nacional
Especialista Salud Ocupacional U.M.B.
Lic. 19273

CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN 40039767
Firma y cédula del Paciente

2969
Médico Especialista en Salud Laboral

CRA 7A 8 72 TELEFONOS: 8631240-8615434-(317)746-2047 MAIL: diagnosticomva08@gmail.com Chía - Cundinamarca
Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.sicaltda.com.co

Powered by CamScanner

Fecha ingreso : 21/01/2023 07:37:42 AM
Fecha de muestra: 21/01/2023 07:37:42 a. m.
Fecha impresion : 22/01/2023 04:09:12 AM

ISO 15189:2012
20-LCL-001

01-4875186

No. de Orden	:4875186	No. Interno	:4875186
Paciente	:ROJAS BARRAGAN CLARA YAMILE	Edad	:48 a 11 m 23 d
Documento Id	:40039767	Fecha Nacimiento	:28/01/1974
Empresa	:MEDIKA IPS S.A.S - BOGOTA	Sexo	:FEMENINO
Sede	:BOG LAGO	Teléfono	:3102548120
E-Mail	:cyrojas2801@gmail.com	No. Autoriza	:59415847

COLTRIG**HDL**CREA**GLU**** **Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

QUIMICA CLINICA

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	96	mg/dl	0	-	0

Intervalo Biológico de Referencia:

Bajo : Menor de 40 mg/dl
Alto : Mayor o igual 60 mg/dl

Tomado de : NCEP-ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

Validó: Reg 1019016826 DIEGO PEÑA SIERRA 22/01/2023 04:07 AM

COLESTEROL TOTAL Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

COLESTEROL TOTAL	226.3	mg/dL	0	-	0

Intervalo Biológico de Referencia:

Optimo : Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl
Alto : Mayor o igual a 240 mg / dl

Tomado de NCEP-ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

Validó: Reg 1019016826 DIEGO PEÑA SIERRA 22/01/2023 04:07 AM

CREATININA SERICA
Mensurando dentro del alcance de acreditación

CREATININA SERICA	0.9	mg/dL	0.5	-	0.95

Intervalo Biológico de Referencia:

Neonatos prematuros : 0.29 - 1.04
Neonatos a término : 0.24 - 0.85

Tecnica: ENZIMATICA

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 22/01/2023 04:07 AM

GLICEMIA BASAL Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

GLICEMIA BASAL	79	mg/dL	74	-	106

Tecnica: HEXOQUINASA

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 22/01/2023 04:07 AM

TRIGLICERIDOS Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

TRIGLICERIDOS	58.2	mg/dl	0	-	0

Fecha ingreso : 21/01/2023 07:37:42 AM
Fecha de muestra: 21/01/2023 07:37:42 a. m.
Fecha impresion : 22/01/2023 04:09:12 AM

ISO 15189:2012
20-LCL-001

01-4875186

No. de Orden	:4875186	No. Interno	:4875186
Paciente	:ROJAS BARRAGAN CLARA YAMILE	Edad	:48 a 11 m 23 d
Documento Id	:40039767	Fecha Nacimiento	:28/01/1974
Empresa	:MEDIKA IPS S.A.S - BOGOTA	Sexo	:FEMENINO
Sede	:BOG LAGO	Teléfono	:3102548120
E-Mail	:cyrojas2801@gmail.com	No. Autoriza	:59415847

COLTRIG**HDL**CREA**GLU**** **Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

TRIGLICERIDOS Suero

Mensurando dentro del alcance de acreditación

Intervalo Biológico de Referencia:

Normal : Menor de 150 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl.
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl
Muy alto : Mayor o igual a 500 mg/dl

Tomado de NCEP ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

Validó: Reg 1019016826 DIEGO PEÑA SIERRA 22/01/2023 04:07 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo . -

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Cendiatra

HISTORIA CLINICA MEDICION DE AGUDEZA VISUAL

Fecha Atención : 2022-12-15

Fecha impresión : 2023-03-07

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN		
Identificación	CC	**Nro**	40039767
Fecha de Nacimiento	1974-01-28	**Edad**	49
Genero	F	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Postgrado
Estrato	2	**Ciudad**	Bogotá, D.C.
Direccion	direccion	**Telefono**	3102548120
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	POLICIA NACIONAL CONTRATO PN-DIRAF-06-7-10164-22	**Cargo**	SGSST
Ciudad - Sede	Bogotá, D.C.	**Sede**	CENDIATRA NORTE

TIPO EXAMEN: PERIODICO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
EVOLUCION	
EVOLUCION	NA
ANTECEDENTES PERSONALES	
REFRACTIVOS	NO REFIERE
PATOLOGICOS	-REFIERE CX PTERIGIO OI -REFIERE QUERATOCONO AO
EXAMEN OCULAR EXTERNO	
OD	NORMAL
OI	NORMAL
MOVILIDAD OCULAR	
OD	NORMAL
OI	NORMAL
VISION CROMATICA	
VISION CROMATICA	NORMAL
OFTALMOSCOPIA	
OD	NSE
OI	NSE
AGUDEZA VISUAL	
VISION LEJOS	
OD	S.C. Observaciones: 20/20
OI	S.C. Observaciones: 20/100
VISION CERCA	
OD	S.C. Observaciones: 1.75
OI	S.C. Observaciones: 1.50
ESTENOPEICO	
OD	NSE
OI	S.C. Observaciones: 20/25-
DIAGNOSTICOS	
DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO 2	H186: Queratocono
DIAGNOSTICO 3	H524: Presbicia
DIAGNOSTICO 4	
RECOMENDACIONES	

Cendiatra

HISTORIA CLINICA MEDICION DE AGUDEZA VISUAL

Fecha Atención : 2022-12-15 **Fecha impresión : 2023-03-07**

CUIDADO NORMAL DE VISION	SI Observaciones: CONTROL VISUAL ANUAL USO CORRECCION OPTICA
EXAMEN OPTOMETRICO	SI Observaciones: POR DISMINUCION AV, REQUIERE CORRECCION OPTICA
EXAMEN OFTALMOLOGICO	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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Estefanya Gonzalez Antivar
Optómetra
C.C. 101.844.69.48

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948
Firma y sello del médico evaluador

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
Documento: CC 40039767
Firma del trabajador

Cendiatra

Fecha Atención : 2022-12-15

Fecha impresión : 2023-03-07

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN		
Identificación	CC	**Nro**	40039767
Fecha de Nacimiento	1974-01-28	**Edad**	49
Genero	F	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Postgrado
Estrato	2	**Ciudad**	Bogotá, D.C.
Direccion	direccion	**Telefono**	3102548120
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	POLICIA NACIONAL CONTRATO PN-DIRAF-06-7-10164-22	**Cargo**	SGSST
Ciudad - Sede	Bogotá, D.C.	**Sede**	CENDIATRA NORTE

TIPO EXAMEN: PERIODICO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
VISION CROMATICA	
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	
ESTERIOPSIS	ANORMAL Observaciones: 800 SEG DE ARCO
OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES	NA
RECOMENDACIONES	
RECOMENDACIONES	NA
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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Estefanya Gonzalez Antivar
Optómetra
C.C. 101.844.69.48

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948
Firma y sello del médico evaluador

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
Documento: CC 40039767
Firma del trabajador

Cendiatra ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 23/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR/NORTE
NOMBRE: CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
CÉDULA: 40039767
EDAD: 48 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 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.

Carolina Martinez Pastrana
Psicólogo Esp. SST.
Res. 524/2014
C.C. 52.818.335

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/23
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-23	**TIPO DE EXAMEN**	OTROS



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN			Identificación CC	Nro 40039767
Fecha de Nacimiento	1974-01-28	**Edad**	49	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-23 08:53:39	**Fecha Salida**	2023-01-23 09:00:04		

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

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

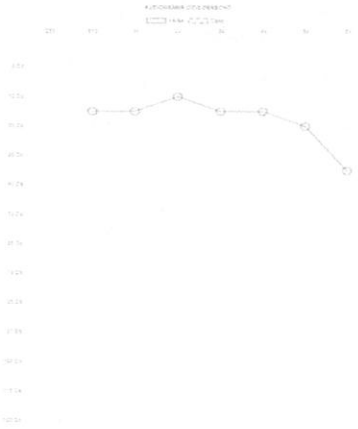
HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/23
www.cendiatra.com





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			15			10			15			15			20			35		
OI				15			10			10			15			20			20			35		

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

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	13.75
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	13.75

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	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	1 AÑO
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.

ERIKA XIOMARA ESTUPINAN SANJUAN
RM: 52974388
Firma y sello del médico evaluador

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
CC 40039767
Firma del trabajador evaluado