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	**Julio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**97030-077766**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	AMPARO SUA ESTEPA	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	52.528.426	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	asua@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4922009222
IP/Nº de contacto:	15860	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	SI
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:	7424232/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**17325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2025**	**Al**	**31/07/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 25.910.578
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 21.311.067

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	**$ 2.444.657**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1072973795**
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		$ 345.803	
Dependientes hasta		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 815.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.795.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.444.657,00	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

Planificar la formación profesional integral de las fichas asignadas.

Elaborar planes de formación y guías didácticas.

Evaluar en el aplicativo sofia plus los resultados de aprendizaje de los aprendices asignados.

Participar en procesos de formación continua

Impartir formación profesional integral de acuerdo a las competencias y fichas asignadas.

Usar metodologías activas y recursos tecnológicos.

Registrar las inasistencias de los aprendices en el aplicativo sofia plus.

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



AMPARO SUA ESTEPA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

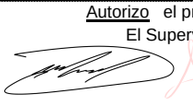
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

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,



Firmado digitalmente por Diego Albeiro Garay Forero
Fecha: 2025.07.09 14:12:46 -05'00'

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-01, 04:27:22 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072973795

Periodo Cotización: junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822966317

PAGADO 28/06/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AMPARO SUA ESTEPA		
Documento	CC52528426	**Dirección**	CRA 68 D 1 34
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3114897614
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52528426	AMPARO SUA ESTEPA	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.840.000	$ 294.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.840.000	$ 230.000	0,522	$ 1.840.000	$ 9.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.840.000	$ 36.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 570.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.840.000	$ 1.840.000	$ 1.840.000	$ 1.840.000	$ 294.400	$ 230.000	$ 9.700	$ 36.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 570.900	$ 0	$ 570.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	1025159552	LUCIANA LOPEZ SUA	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



AMPARO SUA ESTEPA
C.C. 52528426

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 62483146

NUIP 1025159552

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 21 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A B D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ	SUA

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes OCT Día 06	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA-SANTANDER-BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
DOCUMENTO AUTENTICO	

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SUA ESTEPA AMPARO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52528426	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: LOPEZ MORENO CARLOS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79812947	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOPEZ MORENO CARLOS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79812947	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes DIC Día 11	CARMIÑA CASTILLO PRIETO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

AUTORIZADO POOR CARMIÑA CASTILLO PRIETO NT 21 ENC RESOLUCION No. 12720 DE 17 DE NOVIEMBRE DE 2023.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
900146367

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 18/02/2023 BOGOTA D.C
Paciente: AMPARO SUA ESTEPA
Género FEMENINO **Edad:** 43
Fecha Nacimiento: 07/08/1979
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección AV CLL 57 R SUR # 73 I 35
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52528426
Teléfono **Móvil:** 3114897614
Cargo: INSTRUCTORA
EPS: FAMISANAR
Escolaridad: ESPECIALIZACION

Informe de Laboratorio: 240245

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
COLESTEROL HDL	34.8	>40 mg/dl	
COLESTEROL LDL	42.6	Hasta 150 mg/dl	
CUADRO HEMÁTICO CON RECUENTO DE PLAQUETAS	SIN ALTERACION		
LEUCOCITOS.	5.6 /mm3	5.0 -10.0	
ERITROCITOS	5.11		
HEMOGLOBINA.	15.5 Gr%	12-5 16.5	
HEMATOCRITO.	45.5 %	36.0-50.0	
RECUENTO DE PLAQUETAS	261.000 Plaq/mm3	150.000 - 450.000 Plaq/mm3	
LINFOCITOS.	37.3 %	17.0 - 48.0	
MONOCITOS	6.9 %	4.0 - 10.0	
NEUTROFILOS	55.8 %	43.0 - 76.0	
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION	70 - 110 mg/dl	
GLICEMIA BASAL	87 mg/dl	70- 110 mg/dl	
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION		
COLESTEROL TOTAL	170 mg/dl	HASTA 250	
TRIGLICERIDOS	128 mg/dl	HASTA 200	









LORENA. POLO TORRES

52528426

01747

Profesional

AMPARO SUA ESTEPA

Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52528426-240245

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	18/02/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	AMPARO SUA ESTEPA	**Identificación:**	52528426
Género	FEMENINO **Edad:** 43	**Teléfono**	**Móvil:** 3114897614
Fecha Nacimiento:	07/08/1979	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	AV CLL 57 R SUR # 73 I 35	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

APA BATERIA	FLUIDEZ VERBAL ADECUADA FACILIDAD NUMÉRICA ADECUADA RAPIDEZ DE PERCEPCIÓN ADECUADA SITUACIONES CONFLICTIVAS ADECUADAS MANEJO DE HERRAMIENTAS ADECUADAS ASOCIACIÓN LÓGICA ADECUADA ATENCIÓN VISUAL ADECUADA
OPTOMETRIA	SE RECOMIENDA EL USO DE LENTE DE PROTECCION FILTRIO UV + AR PARA COMOPUTADOR - CONTROL ANUAL - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
MEDICINA OCUPACIONAL	EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION
CUADRO HEMÁTICO CON RECUENTO DE PLAQUETAS	SIN ALTERACION
COLESTEROL HDL	34.8
COLESTEROL LDL	42.6
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIÒN, RIESGO CARDIOVASCULAR POR FRAMINGHAM AJUSTADO PARA COLOMBIA 0.3% BAJO RIESGO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

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 SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

LORENA WALTEROS
Dra. Lorena Walteros
Médico General
C.c 1057546653
Esp. Medicina Ocupacional
Res. 25-1092 2018



INGRID LORENA WALTEROS CHAPARRO

Médico Especialista en Salud Laboral

25-1092de2018
WALTEROS

AMPARO SUA ESTEPA 52528426

Firma y cédula del Paciente

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

EMPRESA :	SENA	CARGO :	INSTRUCTORA
NOMBRE :	AMPARO	APELLIDOS :	SUA ESTEPA
FECHA :	febrero 18, 2023	No CEDULA	52.528.426
NIVEL ESTUDIOS (Bachi. 1 Univer. 2) :	1	CALIFICACION :	MUY SUPERIOR

AREA DE ACTITUDES

	A	M	B		A	M	B
FLUIDEZ VERBAL Facilidad de encontrar rápidamente las palabras apropiadas.		X		**HERRAMIENTAS** Capacidad de relacionar actividades cotidianas con herramientas necesarias.	X		
FACILIDAD NUMERICA Habilidad para ejecutar operaciones matemáticas en forma correcta.				**ASOCIACION LOGICA** Capacidad de encontrar la secuencia que explique la causa o la variación de un fenómeno.	X		
RAPIDEZ DE PERCEPCION Identificar rápidamente dentro de un conjunto detalles determinados.	X			**ATENCION VISUAL** Capacidad de recordar una cosa relacionándola con otra ya parecida.	X		

SITUACIONES CONFLICTIVAS

Tiene tendencia a ser "Acelerado" ante situaciones de alta presiòn - se manifiesta abierto y con reacciones

HABILIDADES CORPORATIVAS

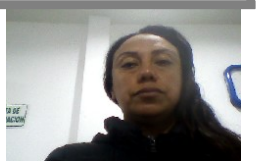
Comunicación	Presenta características de Comunicación estable sin mayor efecto sobresaliente.
Trabajo en Equipo	No demuestra gran acción en la participación de actividades en el grupo, manteniendo si su actividad.
Manejo de Conflictos	Mediador de situaciones No entra fácilmente en conflictos.
Sociabilidad	Su compromiso social es bueno, tiene tendencia a ser buen compañero y de amplitud social.
Factor Emocional	Demuestra alto control emocional - emocionalmente estable y genera condiciones de equilibrio.
Liderazgo	Desea Crear situaciones especiales dentro del grupo pero es de perfil genérico.
SUMATORIA	Persona con una situación de orden organizacional estable, sus condiciones normales no genera conflicto y se adapta bien a la organización.

FUNDAMENTOS CARACTEROLOGICOS : **TIPOLOGIA** SANGUINEO

El sanguíneo es calmado, perseverante, algo impaciente- Suele ser educado, cuidadoso en su vestir, y meticuloso - Decidido en sus cosas, contento de sí mismo y valeroso - Moderadamente ordenado y puntual - No es el mejor en trato social y de relaciones humanas, pero no entra en conflicto - Habla con claridad para exponer sus ideas - Es persona que tiene fácilmente una respuesta para todo.

Sandra M. Calderon
T.P. 52.423.449
Psicólogo
Universidad Santo Tomás

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

Paciente: AMPARO SUA ESTEPA **Identificación:** 52528426 Impreso: 15/03/2024 - 3:21:34 p. m.
Fecha y Lugar: 18/02/2023 BOGOTA D.C

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sexo: FEMENINO **Edad:** 43 **Fecha y Lugar de Nacimiento:** 07/08/1979 BOGOTA D.C
Estado Civil: UNIÓN LIBRE **Estrato:** **Escolaridad:** ESPECIALIZACION - COMPLETA
EPS: FAMISANAR **ARL:** POSITIVA
AFP: COLPENSIONES **Profesión:**
Dirección: AV CLL 57 R SUR # 73 I 35 **Teléfono** **Móvil:** 3114897614

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Cargo: INSTRUCTORA - Descripción del Cargo: INSTRUCTORA
Empresa: PARTICULAR
Tipo de Examen: INGRESO - Antigüedad: 0 - Turno: Diurno
Materias Primas: PROPIOS DE LA LABOR
Equipos o Herramientas Utilizadas: PROPIOS DE LA LABOR

Usa elementos de protección personal: S - Control Fuente: N - Control Mediol: N - Tiempo de Exposición: 8H

Acciones Realizadas: DE PIE / CAMINANDO - DIGITAR - Pociones: SENTADO - Elementos de Protección Personal: TAPABOCA

Biológicos	*Físicos*	*Químicos*	*Biomecánico*	*Psicosociale*	*Condiciones de Seguridad*	*Fenómenos Naturales*
Virus	Ruido	Polvo	Trabajo Estático	X Contenido de la Tarea	Mecánico	Sismo
Bacterias	Iluminación	Fibras	Esfuerzo Físico	X Relaciones Humanas	Riesgo Eléctrico	Terremoto
Hongos	Vibración	Líquidos	Manejo de Cargas	Riesgo Contra Persona	X Locativo	Vendaval
Ricketsias	Temperatura	Gases	Posturas Forzadas	Secretos del Producto	Tecnológico	Inundación
Parásitos	Presión Atmosférica	Vapores	X Trabajo Sedente	Secretos del Proceso	Accidente de Tránsito	Derrumbe
Picaduras	Radiación Ionizante	Humo	X Movimientos	Gestión Administrativa	Público	Precipitaciones
Mordeduras	Radiación No Ionizante	X Material Particulado		Organización del Tiempo	Trabajo en Alturas	
Fluidos o Excrementos					Trabajo en Espacios Confinados	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo de Exposición	Riesgos	Biológico	Físico	Químico	Biomecánico	Psicosocial	Seguridad	F.Naturales
INTERVENTORIAS	INPECTORA SST	1 MES		-	X	-	X	X	X	-

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. HTA	N	
2. INFARTO	N	
3. ACV	N	
4. ALERGIAS	N	
5. ULCERA PÉPTICA	N	
6. DIABETES	S	MADRE
7. ASMA	N	
8. T B C	N	
9. ARTRITIS	N	
10. ENFERMEDAD MENTAL	N	
11. CANCER	N	
12. OTROS	N	

ANTECEDENTES PERSONALES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. PATOLÓGICOS	S	HIPOTIROIDISMO
2. HOSPITALARIOS	N	
3. QUIRÚRGICOS	S	TIROIDECTOMIA POR BOCIO MULTINODULAR COLOIDE+ VACIAMIENTO GANGLIONAR, APENDICECTOMIA, OSTEOSINTESIS DE TIBIA Y PERONE IZQ, LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
4. TRAUMÁTICOS	S	FX DE CUELLO DE PIE IZQ
5. ALÉRGICOS	N	
6. TÓXICOALÉRGICOS	N	
7. FARMACOLÓGICOS	S	LEVOTIROXINA 100 MCG L-S, CARBONATO DE CALCIO 1200 MG DIA, CALCITRIOL 800 MG, THR ESTROGENOS+PROGESTERONA
8. PSIQUIÁTRICOS	N	

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

9. INMUNOLÓGICOS	S	REFIERE VACUNACIÒN COVID 19 3 DOSIS 2 SINOVAC ULTIMA MODERNA
10. OTROS.	N	

RESUMEN DE ANTECEDENTES

FAMILIARES	6. DIABETES	MADRE	18/02/2023
PERSONALES	1. PATOLÓGICOS	HIPOTIROIDISMO	18/02/2023
PERSONALES	3. QUIRÚRGICOS	TIROIDECTOMIA POR BOCIO MULTINODULAR COLOIDE+ VACIAMIENTO GANGLIONAR, APENDICECTOMIA, OSTEOSINTESIS DE TIBIA Y PERONE IZQ, LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	18/02/2023
PERSONALES	4. TRAUMÁTICOS	FX DE CUELLO DE PIE IZQ	18/02/2023
PERSONALES	7. FARMACOLÓGICOS	LEVOTIROXINA 100 MCG L-S, CARBONATO DE CALCIO 1200 MG DIA, CALCITRIOL 800 MG, THR ESTROGENOS+PROGESTERONA	18/02/2023
PERSONALES	9. INMUNOLÓGICOS	REFIERE VACUNACIÒN COVID 19 3 DOSIS 2 SINOVAC ULTIMA MODERNA	18/02/2023

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

Menarca: 19 - Ciclo: 30X3 - Gravida: 0 - Partos: 0 - Cesáreas 0 - Abortos: 0 - Mortinatos: 0 - Ectópicos: 0 - FUM: 15/02/2023 - FUP: Dismenorrea: - Última Citología: HACE 2 AÑOS - Resultado últoma citología: REFIERE NORMAL - Transtornos del Ciclo: NO - Planificación: NADA

HÁBITOS

Tipo de Fumador: No Fumador - Años de Suspensión del hábito: 0 - Años de Fumador: 0 - Número de Cigarrillos al día 0
Tipo de Bebedor: Bebedor - Años de hábito: 0 - Frecuencia de Consumo: Ocasional - Tipo de Licor: - ¿Ha tenido problemas con la bebida?: S - ¿Cuál Problema?: NEIGA - Años de suspensión: 0
¿Toma algún medicamente regularmente?: N - ¿Cuál?: REFERIDO EN ANTECEDENTES
Deporte: Si - NIEGA - Frecuencia: N/A
Psicotrópicos: Si - NIEGA

Accidente de Trabajo: No Reporta

Enfermedad Laboral: No Reporta

REVISIÓN POR SISTEMAS

Tipo	Refiere	Observaciones
1. CABEZA	N	
2. OJOS	N	
3. OIDOS	N	
4. NARIZ	N	
5. BOCA	N	
6. FARINGE	N	
7. CUELLO	N	
8.TORAX	N	
9. CARDIOPULMONAR	N	
10. ABDOMEN	N	
11. GENITOURINARIO	N	
12. EXTREMIDADES SUPERIORES	N	
13. EXTREMIDADES INFERIORES	N	
14. COLUMNA	N	
15. NEUROLOGICO	N	
16. PIEL Y UÑAS	N	
17. OTROS	N	

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ASINTOMATICO ASISTE A VALORACION MEDICA OCUPACIONAL, SATO2:94%

EXAMEN FÍSICO

Talla: 160 cm	Peso: 67 KG	IMC: 26.17 - - Sobrepeso	Temperatura: 37 °C	Tensión Arterial: 120/80	Frecuencia Cardiaca: 70
Frecuencia Respiratoria: 19	Biotipo: N/A	Lateralidad: Derecha	Estado General: Bueno	Saturación:	

CABEZA/CRÁNEO: NORMAL - OROFARINGE: Amígdalas: NORMAL - Faringe NORMAL
CAVIDAD ORAL: Dientes: NORMAL - Encias: NORMAL - Labios: NORMAL - Mucosa Bucal: NORMAL - Lengua: NORMAL - Paladar: NORMAL
OJOS: Conjuntivas: NORMAL - Córnea: NORMAL - Fondo de Ojos: NO EXAMINADO - Párpados: NORMAL
AGUDEZA VISUAL: LEJANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
AGUDEZA VISUAL: CERCANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
OÍDOS: inspección Externa: NORMAL - Otoscopia: NORMAL
NARIZ: Inspección Externa: NORMAL - Rinoscopia: NO EXAMINADO
CUELLO: inspección: NORMAL - Palpación: NORMAL
TORAX: inspección: NORMAL - Ventilación Pulmonar: NORMAL - Conformación: NORMAL - Mamas: NO EXAMINADO - Ruidos Cardíacos: NORMAL
ABDOMEN: Exploración: NORMAL - Palpación: LEVE PANICULO ADIPOSO NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS - Inspección: NORMAL
OSTEOMUSCULAR: Inspección de Columna: NORMAL - Palpación Columna: NORMAL - Miembros Superiores: NORMAL - Miembros Inferiores: NORMAL
Columna Vista Lateral: Normal - Columna Vista Posterior: Alineada - Flexibilidad Wells: IV - Lasegue: Negativo.- Compresión Radicular: Negativo
Extremidades Superiores: Tinel: Negativo - Phanel: Negativo - Finkelstein: Negativo
GENITOURINARIO: Genitales: NO EXAMINADO - Región Inguinal: NORMAL
OTROS: Equilibrio: NORMAL - Pares Craneanos: NORMAL - Marcha: NORMAL - Piel y Faneras: NORMAL - Reflejos Tendinosos: NORMAL - Sensibilidad: NORMAL - Conciencia: NORMAL
OTROS HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO: DURANTE LA ATENCIÓN SE UTILIZARON LOS EPP PARA COVID-19 DEL PERSONAL MEDICO EN CONSULTA EXTERNA, ADEMÁS SE REALIZA LAVADO DE MANOS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA OMS. SE SOLICITO AL PACIENTE CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PORTANDO TAPABOCAS ADECUADAMENTE E HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS SEGÚN LA NORMA, TODO ESTO CON EL FIN DE CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS DURANTE LA PANDEMIA.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Examen	Concepto Especialidad	Consideraciones Médicas	Diagnóstico	Recomendaciones
OPTOMETRIA			EMETROPIA	SE RECOMIENDA EL USO DE LENTE DE PROTECCION FILTRIO UV + AR PARA COMOPUTADOR - CONTROL ANUAL - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
MEDICINA			EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN MEDICO, SOBREPESO	EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19
GLICEMIA BASAL			SIN ALTERACION GLICEMIA BASAL: 87	
CUADRO HEMÁTICO CON RECUENTO DE PLAQUETAS			SIN ALTERACION HEMOGLOBINA.: 15.5 HEMATOCRITO.: 45.5 LEUCOCITOS.: 5.6 NEUTROFILOS: 55.8 LINFOCITOS.: 37.3 MONOCITOS: 6.9 RECUENTO DE PLAQUETAS: 261.000 ERITROCITOS: 5.11	
COLESTEROL HDL			34.8	
COLESTEROL LDL			42.6	
PERFIL LIPIDICO BASICO			SIN ALTERACION COLESTEROL TOTAL: 170 TRIGLICERIDOS: 128	

Impresión Diagnóstica - CIE10

Código:	Diagnóstico:	Posible Origen de la Enfermedad:	Observaciones:
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	No Definido	Ingresado en Optometria
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	No Definido	SOBREPESO

Observaciones de la Impresión diagnóstica:: EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN MEDICO, SOBREPESO

CONCEPTO DE APTITUD

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Notas: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIÒN, RIESGO CARDIOVASCULAR POR FRAMINGHAM AJUSTADO PARA COLOMBIA 0.3% BAJO RIESGO

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción:	Condiciones, Factores, Agentes Asociados:	Permanente:
NO		

REMISION A ESPECIALISTAS

Remisión:	Observaciones:
NO	

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA O AL PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

Vigilancia:	Observaciones:
NO	

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES

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 SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

LORENA WALTEROS
Dra. Lorena Walteros
Médico General
C.c 1057546653
Esp. Medicina Ocupacional
Res. 25-1092 2018



Profesional
INGRID LORENA WALTEROS CHAPARRO
WALTEROS

Firma y cédula del Paciente
AMPARO SUA ESTEPA
52528426