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	**40407-120074**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELA DEL ROSARIO SANCHEZ SANCHEZ	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	51.956.572	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ssangela@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	00000060246964
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	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:	7430250/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**30725**	**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	**01/07/2025**	**Al**	**31/07/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.745.950
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 2.146.439

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	**$ 2.704.460**	**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		----------	**7974271421**
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.053.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	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

En el mes de julio se imparte formación al grupo 2874026 TGTH y 2874027 TGTH Ejecutar las acciones de capacitación desarrollo y mantenimiento de competencias individuales y de equipos de trabajo, de acuerdo con el plan establecido

Se hace revisión de la evidencia de la competencia Ejecutar las acciones de capacitación desarrollo y mantenimiento de competencias individuales y de equipos de trabajo, de acuerdo con el plan establecido para los grupos 2874026 -2874027 TGTH

Se realiza reuniones de los grupos ejecutores de cierre de los grupos 2874026 y 2874027 TGTH

Se hace emisión de los juicios evaluativos de los grupos 2874026 y 2874027 TGTH

Se realiza y se presenta la cuenta de cobro del mes de julio

Se cargan los archivos GF y GC en el Secop II.

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

Angela Sanchez.

ANGELA DEL ROSARIO SANCHEZ SANCHEZ
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,

HAROLD IVÁN MERA MARTÍNEZ

Firmado digitalmente por HAROLD IVÁN MERA MARTÍNEZ
Fecha: 2025.07.17 21:17:22 -05'00'

HAROLD IVAN MERA MARTINEZ
INSTRUCTOR G11

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51956572
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA DEL ROSARIO SANCHEZ SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 71F # 12B-51 TORRE 2 APTO 501	TELÉFONO:	3460151
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación tecnológica.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7974271421**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1599661533

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 294.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 294.400	$ 0	$ 294.400
SUBTOTALES:										**$ 294.400**	**$ 0**	**$ 294.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 230.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.000	$ 0	$ 0	$ 230.000
SUBTOTALES:													**$ 230.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 230.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.700	$ 9.700	$ 0	$ 0	$ 9.700
SUBTOTALES:									**$ 9.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

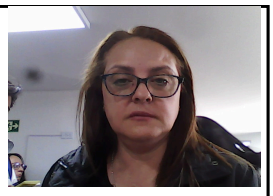
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 51956572	SANCHEZ SANCHEZ ANGELA DEL ROSARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.840.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.840.000	$ 294.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 294.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.840.000	$ 230.000	$ 0	$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.840.000	51956572	$ 9.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 534.100

Planilla Pagada

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



Nombre de la Empresa		Empresa en Misión	
PARTICULAR MEDICINA			
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
111111111	CRA 51 103B 65	NO APLICA	Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
SANCHEZ SANCHEZ ANGELA DEL ROSARIO	CC 51956572	53 Años	F

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
BOGOTA D.C	Bogota, D.C.	CASADO
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3142195958	KENNEDY	3142195958
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
ANGELAPS01@HOTMAIL.COM	PROFESIONAL	O +

IMC	Hijos	EPS
25.24	0	SANITAS EPS SA

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	SEGUNDA DOSIS	1° MODERNA 2° MODERNA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
INSTRUCTORA SENA	2024-01-23	06:48:49	08:05:32	11:49:06

Lugar de realización examen	BOGOTA NORMANDIA

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

PREINGRESO

CONCEPTO	TIPO DE RESTRICCIONES
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA

VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA) SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
Uso de corrección permanente
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.
Utilizar gafas u lentes de forma permanente y actualizar anualmente la fórmula de sus lentes
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación el trabajador informa la existencia de material de osteosíntesis, generalmente la presencia de este material en el momento de la valoración NO genera riesgos adicionales, pero si el trabajo a realizar implica la exposición a vibraciones segmentarias, movimiento repetitivos intensos y prolongados o movilización de cargas, POSIBLEMENTE pueda generar a futuro posibles SINTOMAS que puedan afectar sus funciones laborales, Se le informa seguir indicaciones entregadas por el especialista en su EPS.
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento no cuenta con el esquema completo de vacunación para prevención de infección por sars cov-2, se recomienda completar el esquema de vacunación contra el covid-19. se indica cumplir con las medidas generales de bioseguridad.

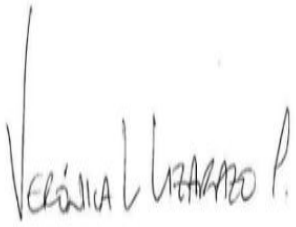
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO		
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	OPTOMETRA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.





Firma:		Firma:	
Nombre:	LIZARAZO PADILLA VERÓNICA LILIANA	Nombre:	ANGELA DEL ROSARIO SANCHEZ SANCHEZ
R.M.:	RM.52836230 L.S.O.6901/2012	Documento:	51956572

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	ANGELA DEL ROSARIO SANCHEZ SANCHEZ	**Identificación:**	CC: 51956572
Fecha de Nacimiento:	1970-11-01	**Edad:**	53
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	KENNEDY	**Teléfono:**	3142195958
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTORA SENA
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA NORMANDIA
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

VISIOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS	

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	
PROFESION			

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	**OBSERVACIONES**	UCV 2 AÑO

EN LA EMPRESA ACTUAL

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	NO REFIERE

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	**OBSERVACIONES**	MADRE CANCER FALLECIDA

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	**ACCIDENTE OCULAR**	NO
DIABETES MELLITUS	NO	**GLAUCOMA**	NO
QUIRURGICOS	NO	**CATARATAS**	NO
FARMACOLOGICOS	NO	**AMBLIOPIA**	NO
PATOLOGICOS	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	NO
RINITIS	NO	**DEFECTOS REFRACTIVOS**	SI
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	**PTERIGIO**	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	**CIRUGIA OCULAR**	NO
OTROS	NO	**ESTRABISMO**	NO
OBSERVACIONES	USA RX PERMANENTE		

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA	SI	**CUAL**	MONOFOCAL
CERCA LEJOS VIS	AMBOS		

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD		**CON CORRECCION OD**	20/40 Observaciones: 20/40--
SIN CORRECCION OI		**CON CORRECCION OI**	20/40 Observaciones: 20/40--
SIN CORRECCION AO		**CON CORRECCION AO**	20/40

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD		**CON CORRECCION OD**	20/40
SIN CORRECCION OI		**CON CORRECCION OI**	20/50
SIN CORRECCION AO		**CON CORRECCION AO**	20/40

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIONES	NORMAL

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 15/15	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	80 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES	ESTEREOPSIS LEVEMENTE DISMINUIDA		

EVOLUCION

EVOLUCION	

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCIÓN VISUAL	PERMANTE	**USO DE EPV**	
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		**VALORACION POR OPTOMETRIA**	
RECOMENDACIONES GENERALES	CONTINUAR CON RX PERMANENTE SE RECOMIENDA ACTUALIZAR FORMULA Y USAR 2 PARES DE GAFAS O EN SU DEFECTO LENTE PROGRESIVO		

RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA VISIOMETRIA	Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria ||Uso de corrección permanente	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS**	

IMPRESION DIAGNOSTICA

REFRACTIVO

BUENA AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL	1	**OBSERVACIONES**	CONTINUAR CON RX PERMANENTE SE RECOMIENDA ACTUALIZAR FORMULA
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		**OBSERVACIONES**	

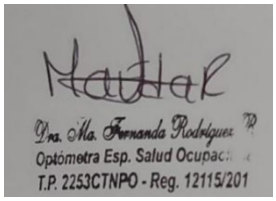
CONTROLES

MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	1		

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.





Firma: _____
Nombre: MARIA FERNANDA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
R.M.: 2253 L.S.O. 2253

Firma: _____
Nombre: _____
Documento: _____

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2024-01-23

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ANGELA DEL ROSARIO SANCHEZ SANCHEZ		
Identificación	CC	**Nro**	51956572
Fecha de Nacimiento	1970-11-01	**Edad**	53
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR MEDICINA
Fecha cita	2024-01-23 07:58:21	**Sede**	BOGOTA NORMANDIA
Direccion	Calle 51 # 72 – 17		

GLICEMIA

GLUCOSA EN SUERO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO	96	mg/dl	70-110

HISTORIA MANUAL

TITULO	RESULTADO
FORMATO MANUAL	N0

_____

TAHYS MARCELA RODRIGUEZ ZUÑIGA
56057672
Firma y sello del médico evaluador

Cendiatra

PSICOMETRICO

SEDE: CENDIATRA CENTRO
DIRECCIÓN: Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980
EMAIL: citas.centro@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-03-16

CC: 51956572
Nombres y apellidos: ANGELA DEL ROSARIO SANCHEZ SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 01/11/1970
Edad: 53 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 16/03/2024
Fecha salida: 16/03/2024
Teléfono acompañante:



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.
• SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.
SIN ALTERACIÓN EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL.

OBSERVACIONES:
SECCIÓN 2
ADJUNTA FORMATO:

Erika Paola Montero Gil
Psicóloga
Especialista en Salud Ocupacional
U.P.T.C.
Lic. Res. 1424 de 2016

ERIKA MONTERO
RM: N/A
Firma y sello del médico

ANGELA DEL ROSARIO
SANCHEZ SANCHEZ
CC: 51956572
Firma del paciente