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** | **Agosto de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **84739-517887** |

## 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** | **01/08/2025** | **Al** | **31/08/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 18.398.044 |
| **Número de pago** | **7** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 44.308.623 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 13.798.533 |

## 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

| | | Agosto | Julio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **9488499742** |
| **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. | $ 5.705.000 | | |
| 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 formación profesional técnico en Recursos Humanos ficha 3177649

Colegio Jose Joaquín Castro impartir formacion profesional técnico en Recursos humanos fichas 3178119, 3181120

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

Colegio Liceo de las Américas Seguimiento etapa productiva ficha 2945445, Asistencia Administrativa

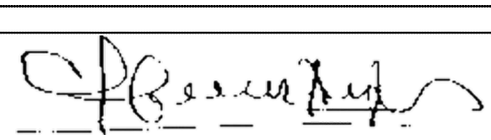
Colegio Diana Turbay asesoría técnico pedagógico abrir DRIVE documentos para certificación de portafolio 2945445,2942993 RH- A.A

Divulgación de la tercera oferta presencial de técnico y tecnológico Virtual

Induccion del complementario en SGSST de las fichas 2943038-2945421 colegio Hogar Nazareth

**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**

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 |
| 2025-07 | 2025-07 | 1675927210 | 9488499742 | I | 2025/08/19 | 2025/08/04 | 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 |
| 2025-07 | 2025-07 | 1675927210 | 9488499742 | I | 2025/08/19 | 2025/08/04 | 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 |

**COL**TRIG**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 |

**COL**TRIG**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<br>Observaciones:<br>CONTROL VISUAL ANUAL USO CORRECCION OPTICA |
| **EXAMEN OPTOMETRICO** | SI<br>Observaciones:<br>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<br>Observaciones:<br>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 | |

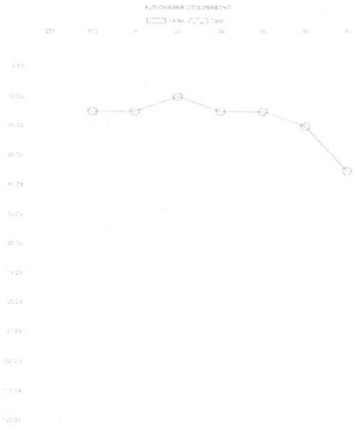
## HISTORIA MANUAL

| | |
|---|---|
| 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