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	**93659-329632**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CAROL ANDREA TRIANA RUIZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.471.991	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	psico.caroltrianar@gmail.com	**Número de Cuenta:**	24042133498
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	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:	7432593/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**39325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

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	**01/08/2025 Al 31/08/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.505.657
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 34.496.333
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.906.146

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		----------	**88692044**
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%	$ 29.505.907	$ 1.016.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.540.000		
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

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI)

Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes

He realizado las presentaciones y guías de aprendizaje según formatos establecidos

Realice el registro de asistencias e inasistencias en el formato de aprendices de las fichas

Doy a conocer en el presente informe el registro fotográfico de las diferentes clases diarias

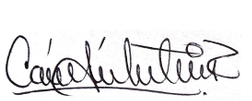
Doy cumplimiento con lo establecido por la ley establecido en el Acuerdo 009 de 2016 del SENA

Para este mes realice divulgación de la invitación a los aprendices y Jóvenes del Consejo Local de Juventud

Se realiza el acta de inicio de equipo ejecutor de la ficha: 3115107 en la carpeta creada para ello

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



CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
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,



ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52471991	CAROL ANDREA TRIANA RUIZ	CLL 46 SUR 72 J 36	4916210	carolan77@hotmail.cl	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	04/08/2025	88692044	$570.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.800	0	0	36.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	1	36.800	36.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	570.900	570.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52471991	CAROL ANDREA TRIANA RUIZ		CLL 46 SUR 72 J 36	4916210	carolan77@hotmail.cl
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	04/08/2025	88692044	$570.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52471991	TRIANA RUIZ CAROL ANDREA	59	0			N																	25-14	1.839.804	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700	CCF24	1.839.804	36.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 52471991
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-10-22 / 09:07:14
Fecha salida: 2024-10-22 / 11:26:36



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VALORACION DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL CON MEDICOS TRATANTES EN EPS
CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES POR MEDICO GENERAL EN EPS

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL POR EPS

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Johenys Mercado M.
Johenys Katherine Mercado M.
Médico Especialista en SST
Lic. SST 11758 2020
RM. 1065650567 / 2018

JOHENYS KATHERINE MERCADO MARULANDA
RM: 1065650567
Firma y sello del médico

CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
CC: 52471991
Firma del paciente

Scanned with CamScanner

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 52471991
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-10-22 / 09:07:14
Fecha salida: 2024-10-22 / 11:26:36



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL CON MEDICOS TRATANTES EN EPS CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES POR MEDICO GENERAL EN EPS
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL POR EPS

JOHENYS KATHERINE MERCADO MARULANDA
RM: 1065650567
Firma y sello del médico

CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
CC: 52471991
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Scanned with CamScanner

Cendiatra

ENFASIS CARDIOVASCULAR

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-01-12

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 46 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 12/01/2024
Fecha salida: 12/01/2024
Teléfono acompañante:



ENFERMEDAD ACTUAL

SECCIÓN 1

ENFERMEDAD ACTUAL:	ASINTOMATICA BUEN ESTADO GENERAL

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

SECCIÓN 1

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:	NINGUNO

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO PARA DETECTAR PROBABLE ANGINA DE PECHO, INFARTO, CRISIS ISQUEMICA TRANSITORIA O ATAQUE CEREBRAL. SI RESPONDE NO, SIGA CON LA PREGUNTA NO. 8, SI CONTESTO SI, VAYA A LA SIGUIENTE PREGUNTA

1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO:	NO

SI EL/LA PACIENTE RESPONDIO SI A LA PREGUNTA 3,4,5,6 O 7 PUEDE TENER ANGINA DE PECHO O ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA Y DEBE SER EVALUADO POR EL MEDICO

2. SIENTE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO:	NO APLICA
3. SIENTE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO:	NO APLICA
4. SE SIENTE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA Y DISMINUYE EL RITMO:	NO APLICA
5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA:	NO APLICA
6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS:	NO APLICA
7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS:	NO PLICA

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 8 ES SI, EL/LA PACIENTE PUDO HABER SUFRIDO UN ACV O ICT Y NECESITA SER EVALUADO POR MEDICO.

8. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS: DIFICULTAD PARA HABLAR, DEBILIDAD EN EL BRAZO O PIERNA DE UN LADO DEL CUERPO O ADORMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO:	NO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

PESO:	62
TALLA:	1.62
IMC (M2):	23.62
CLASIFICACIÓN:	NORMAL
FC (MIN):	74.00
TA (MMHG):	120/80

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES:
OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

Cendiatra

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-12

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 46 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 12/01/2024
Fecha salida: 12/01/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR:	NO REFIERE

EXAMEN FISICO

COLUMNA INSPECCION	
POSTURA:	NORMAL
ALINEACION:	NORMAL
SIMETRIA:	NORMAL
ESCOLIOSIS:	NORMAL
COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES	
OBSERVACIONES COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES:	ADECUADOS
EXTREMIDADES	
HOMBRO:	NORMAL
BRAZO:	NORMAL
CODO:	NORMAL
ANTEBRAZO:	NORMAL
MANO:	NORMAL
DEDOS:	NORMAL
CADERAS:	NORMAL
RODILLAS:	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES:	NORMAL
CUELLO DE PIE:	NORMAL
PIE:	NORMAL
OBSERVACIONES EXTREMIDADES:	

PRUEBAS ESPECIFICAS

PRUEBAS ESPECIFICAS	
DOMINANCIA:	DERECHA
PHALEN:	NEGATIVO
TINNEL:	NEGATIVO
FINKELSTEIN:	NEGATIVO
LASEGUE:	NEGATIVO
HAWKINS:	NEGATIVO
JOBS:	NEGATIVO
MILLS:	NEGATIVO
COZEN:	NEGATIVO

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICOS	
DIAGNÓSTICO 1:	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 2:	
DIAGNÓSTICO 4:	

Scanned with CamScanner

Cendiatra

VALORACION DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 22/10/2024
Fecha salida: 22/10/2024
Teléfono acompañante:



VALORACIÓN CONDUCTUAL

SECCIÓN 1

ÁREA COGNITIVA:	PACIENTE DENTRO DE LOS PARÁMETROS, PRESENTA UNA ADECUADA CAPACIDAD COGNOSCITIVA. ORIENTADA, CONSIENTE, CON ADECUADA CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN.
ÁREA EMOCIONAL:	ADECUADA, LA PACIENTE RESPONDE DE MANERA CONSISTENTE CON LOS EVENTOS Y ACONTECIMIENTOS PROPIOS DE LA VIDA LABORAL, FAMILIAR Y SOCIAL. AFIRMA QUE VIVE CON SU ESPOSO, MADRE E HIJAS, CON QUIENES REFIERE LLEVAR UNA BUENA RELACIÓN.
NIVEL DE ESTRES:	INDICATIVO BAJO EN FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS. NO PRESENTA DIFICULTAD EN LA HIGIENE DEL SUEÑO.
VALORACIÓN DE FACTOR PSICOSOCIAL:	SE PERCIBE MEDIANTE ENTREVISTA RIESGO BAJO, LAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES FRENTE A SU SITUACIÓN LABORAL Y QUE ESTÁN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES AMBIENTALES NO INTERFIEREN EN SU SALUD MENTAL

CONCEPTO PSICOLÓGICO

SECCIÓN 1

CONCEPTO PSICOLÓGICO:	SIN APARENTE ALTERACIÓN EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES:	• CONTINUAR CON UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE (DEPORTE, ACTIVIDAD FÍSICA) • REALIZAR PAUSAS ACTIVAS (MENTALES/FÍSICAS) • LLEVAR A CABO CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS

INTERPRETACIÓN DE PRUEBA APLICADA C.A Q

SECCIÓN 1

APLICO PRUEBA:	NO

ADJUNTAR

ADJUNTAR
ADJUNTAR:

Scanned with CamScanner

Ana María Luque R.
Ana María Luque Ramírez
Psicóloga - Esp. SST
T.P. 156592
Lic. SST 1053 de 2020

ANA MARIA LUQUE RAMIREZ
RM: 156592
Firma y sello del médico

CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
CC: 52471991
Firma del paciente

Centro de diagnóstico automotriz

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Scanned with CamScanner

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 22/10/2024
Fecha salida: 22/10/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES:	NO	
CIRUGÍA OCULAR:	NO	
GLAUCOMA:	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO	
ALERGIAS:	NO	
OTROS:	NO	
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	SI	NO USA GAFAS

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO
OTROS:	

Scanned with CamScanner

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/25
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/25
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/25
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:	0.50 CM.
CON CORRECCION OD:	
SIN CORRECCION OI:	0.50 CM.
CON CORRECCION OI:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

COVER TEST

SECCIÓN 1

LEJOS:	ORTHO
CERCA:	X
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	
MOTILIDAD OCULAR:	

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:	NA
OI QUERATOMETRÍA:	NA

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL
OI OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL

REFRACCÍON

OJO DERECHO

ESTÁTICA:	
DINÁMICA:	
CICLOPLEJÍA:	

OJO IZQUIERDO

ESTATICA:	

Scanned with CamScanner

DINÁMICA:

CICLOPLEJÍA:

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES:	NO
VISIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO

RX EN USO

OD:

OI:

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN
DIAGNÓSTICO 2:	
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA, DEFINIR ESTADO VISUAL

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA:	NO	
CONTROL ANUAL:	NO	
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO	
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	SI	USO DE GAFAS OCASIONAL Y PARA PROTECCIÓN

YENNIFER BARRERA MOSQUERA
RM: N/A
Firma y sello del médico

CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
CC: 52471991
Firma del paciente

Scanned with CamScanner

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-22

CC: 52471991
Nombres y apellidos: CAROL ANDREA TRIANA RUIZ
Fecha de nacimiento: 30/08/1977
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 22/10/2024
Fecha salida: 22/10/2024



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	86	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Angelica María Botia Avila
Bacteriólogo y Lab. Clínico
UNIVERSIDAD C M C
SP 1090449574

ANGELICA MARIA BOTIA AVILA
RM: 1090449574
Firma y sello del médico

Scanned with CamScanner