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 BOYACÁ**

**CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -ACCIONES REGULARES**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **955110** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **56411-906167** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | GERALDINE MENDOZA PEREZ | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.052.405.220 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | gemendozap@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24120035906 |
| **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** | 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** | 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:** | 8285878/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **60925** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 4 |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:RAD: 15-9-2025-018454 P.SER.PERS DE CARÁCTER TEMPORAL DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPDNTE PARA APOYAR LA FORMAC PROFES INTEGRAL CONFORME A LA PROGRM ESTABLECIDA, EN LOS DIFRTES NIVELES DE FORMACIÓN DE LOS PROGRA TÉCNICOS, TECNOLÓG Y/O COMPLEMEN

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **08/09/2025** | **Al** | **30/09/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 15.638.337 |
| **Número de pago** | **1** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 15.638.337 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 3.526.292,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 12.112.045 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.526.292 | 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** | **$ 3.526.292** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.334.992** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Setiembre | Agosto | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | -------- | **decreto 1273 de** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.334.992,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 0 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.526.292,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL | I | $ 7.500 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | Reteica - 8551 - PUERTO BOYACA | 35.263,00 | 1,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 13.113.736 | $ 778.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | | | | |
| | | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$3.491.029,00** | |

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL VEINTINUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elabore la programación mensual de un (1) grupo de aprendizaje complementario.
Planeé la FPI en un (1) grupo de aprendizaje de acuerdo con la programación asignada por La líder de conformidad con los lineamientos
Oriente apoyo a la Formación Profesional Integral en un (1) grupo de aprendizaje asignado
Evalué las evidencias en un (1) grupo de aprendizaje asignado.
Participé en capacitación Inducción de Bienestar al Aprendiz, Gestión Documental, Seguimiento.
Registre horas para orientar formación integral en una (1) grupo de aprendizaje asignado.
Entregue documentos GF: Gestión Financiera como también GC: Gestión Contractual.
Informe de seguimiento a un (1) grupo de aprendizaje.

**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

**GERALDINE MENDOZA PEREZ**
**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,

**KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ**
**INSTRUCTOR G16**

**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**
**KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GERALDINE MENDOZA PEREZ identificado(a) con CC 1052405220 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **01/12/2013** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC S.A.S-DUITAMA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes de septiembre del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**GERALDINE MENDOZA PEREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.052.405.220**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141203300381

(415)7707212489984(8020) 000014120330038 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 5 2 4 0 5 2 2 0 | 3 | Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 5 2 4 0 5 2 2 0 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Duitama 2 3 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MENDOZA | PEREZ | GERALDINE | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Duitama 2 3 8 |

41. Dirección principal
CR 8 14 24

42. Correo electrónico geralmenper@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 5 9 9 8 1 5 1 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8 5 5 1 | 2 0 2 5 0 9 0 2 | 8 5 2 3 | 2 0 2 5 0 9 0 2 | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre NARANJO PRIETO YULY PAOLA

985. Cargo Analista V

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141203300381

(415)7707212489984(8020) 000014120330038 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 5 2 4 0 5 2 2 0 | 3 | Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades postales nacionales 5 3 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: TIPICOS Y DISFRACES

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Boyacá 1 5 | Duitama 2 3 8 |

165. Dirección: CR 23 21 27

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 0 0 8 0 1 3 3 | 2 0 1 6 0 1 2 0 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 7 3 3 2 2 2 7 0 | 2 0 2 3 0 4 2 8 |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

**LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**CERTIFICA QUE:**

**GERALDINE MENDOZA PEREZ** identificado con **Cédula Ciudadanía 1052405220** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| | |
|---|---|
| **INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE** | |
| Nombre y/o Razón Social | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA |
| Tipo y Número de Documento | NIT 899999034 |
| **INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA** | |
| Fecha de Inicio de Cobertura | 2025/09/08 |
| Estado de Afiliación | Activo |
| Tipo de Vinculación | Independiente |
| Fecha de Inicio del Contrato | 2025/09/08 |
| Fecha Fin del Contrato | 2025/12/19 |
| Código Actividad Económica Principal | 1855101 |
| Clase de Riesgo | 1 |
| Fecha de Retiro | 2025/12/19 |

Esta certificación se expide a los 2025/09/5.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) GERALDINE MENDOZA PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1052405220 realizó el día 19/09/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

## Compromiso SST:

Yo GERALDINE MENDOZA PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1052405220 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

## Hace constar:

Que el Sr(a) GERALDINE MENDOZA PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1052405220 el día 19/09/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

GERALDINE MENDOZA PEREZ Identificado con CC 1052405220

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PARQUE DE LA VILLA SOGAMOSO, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24120035906 |
| **Fecha de apertura:** | 23 de Enero de 2023 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 01 de Septiembre de 2025.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

María Carolina Guarín Morales
LABORATORIO CLÍNICO

**828020**

Orden No: **828020**

Usuario: **MENDOZA PEREZ GERALDINE**

Documento Id: CC 1052405220

Fecha: 28-ago.-2025 11:02 am

Edad: 30 Años 0 Meses 23 Dias

Sexo F

Telefono: 3115998151

Medico:

Entidad: INGENIERIA MEDICA DEL TRABAJO S.A.S.

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| | **QUIMICA** | | |
| **GLICEMIA** | 88 | mg/dl | 65-100 |
| ***PERFIL LIPIDICO*** | | | |
| **COLESTEROL TOTAL** | 259 | mg/dl | - |
| OPTIMO HASTA 200 mg/dl<br>MODERADO 201-239 mg/dl<br>ELEVADO MAYOR A 240 mg/dl | | | |
| **COLESTEROL HDL DIRECTO** | 58.2 | mg/dl | - |
| RIESGO ELEVADO HASTA 35 mg/dl<br>RIEGO BAJO MAYOR A 60 mg/dl | | | |
| **COLESTEROL LDL DIRECTO** | 168.4 | mg/dl | - |
| OPTIMO MENOR DE 100.0 mg/dl<br>CASI OPTIMO DE 100.0-129.0 mg/dl<br>MODERADO DE 130.0-159.0 mg/dl<br>ELEVADO 160.0-189.0 mg/dl<br>MUY ELEVADO MAYOR DE 190.0 mg/dl | | | |
| **TRIGLICERIDOS** | 65 | mg/dl | - |
| BAJO HASTA 150 mg/dl<br>DUDOSO DE 151-199mg/dl<br>ALTO DE 200-490 mg/dl<br>MUY ALTO MAYOR A 500 mg/dl | | | |
| **COLESTEROL VLDL** | 13.00 | mg/dl | - |
| V. DE REFERENCIA: Menor de 30 mg/dl | | | |
| **INDICE ARTERIAL** | 4.45 | | - |
| V. DE REFERENCIA:<br>RIESGO BAJO: MENOR DE 4.5<br>RIESGO MODERADO: 4.5-7.0<br>RIESGO ALTO: MAYO DE 7.0 | | | |

Firma Responsable

CAROLINA GUARIN M.

Maria Carolina Guarín Morales
Registro 550
Rethus 04781

# INGENIERÍA MÉDICA DEL TRABAJO IPS

Nit: 901298933-4
Carrera 14 # 17 -51 Duitama- Boyacá
Cel.314 451 3124 y 313 346 0908
informacion@ingemedt.com
web: ww.ingemedt.com



## EXAMEN DE OPTOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención Nº: 9,976**

**Fecha:** 28/08/2025 **Municipio:** DUITAMA (BOYACÁ, COLOMBIA) **CC:** 1052405220 **Nombre:** MENDOZA PEREZ GERALDINE **Edad:** 30 AÑOS 0
**Genero:** FEMENINO **Profesión o Cargo:** DOCENTE **Empresa:** PARTICULARES
**Eps:** NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
**Lugar del Último Examen:** ----- **Motivo Consulta:** EXAMEN VISUAL

**ANTECENDENTES VISUALES**

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | NO APLICA |
| TRAE RX | NO |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | |
| USA ANTEOJOS | NO USA |

## PRUEBAS REALIZADAS

**SINTOMATOLOGÍA**

ASINTOMÁTICO

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/ 20 | 20/20 | N/A | NO USA | 20/ 20 | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 20 | 20/20 | N/A | NO USA | 20/ 20 | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 20 | 20/20 | N/A | NO USA | 20/ 20 | N/A |

**EXAMEN EXTERNO**

OJO DERECHO: **PUPILA ISOCORICA, CORNEA TRANSPARENTE, ANEXOS OCULARES SANOS.**
OJO IZQUIERDO: **PUPILA ISOCORICA, CORNEA TRANSPARENTE, ANEXOS OCULARES SANOS.**

**REFLEJOS**

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

**COVER TEST**

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

**MOTILIDAD OCULAR**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

**PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

**OFTALMOSCOPÍA**

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

**QUERATROMETRÍA**

OJO IZQUIERDO: **K´ = --------**
OJO DERECHO: **K´ = ---**

**REFRACCIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| OJO DERECHO | N-025X10 | AV VL 20/ **20** | |
| OJO IZQUIERDO | N-025X170 | AV VL 20/ **20** | |

**RX FINAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| OJO IZQUIERDO | N-025X10 | AV VL 20/ **20+** | AV VP 20/ **20/** |
| OJO DERECHO | N-025X10 | AV VL 20/ **20+** | AV VP 20/ **20/** |

## VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

## ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H522 | ASTIGMATISMO | AMBOS | Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales | PRINCIPAL |

## CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE CON AGUDEZA VISUAL DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, SE SUGIERE CORRECCION OPTICA PARA DESCANSO VISUAL Y PROTECCION , REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES EN EXPOSICION A COMPUTADOR , CONTROL 1 AÑO.

**OPTOMETRA**




**Firma:**

**Nombre:** CC: 46453277 - YULY ANDREA SATIVA

**R. M.:** 3381 CTNPO **L.S.O.:** 24697

**PACIENTE**



**Firma:**

**Nombre:** MENDOZA PEREZ GERALDINE

**CC:** 1052405220

# INGENIERÍA MÉDICA DEL TRABAJO IPS

Nit: 901298933-4
Carrera 14 # 17 -51 Duitama- Boyacá
Cel.314 451 3124 y 313 346 0908
informacion@ingemedt.com
web: ww.ingemedt.com




## PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

**Datos Personales** — **N° Atención: 4,110**

**Ciudad:** DUITAMA (BOYACÁ, COLOMBIA) 28/08/2025 - 07:47 A. M. **Fecha Atención:** 28/08/2025 07:47:40a. m.

**CC:** 1052405220 **Nombres y Apellidos:** MENDOZA PEREZ GERALDINE **Fecha de Nacimiento:** 05/08/1995 **Edad:** 30 AÑOS 0 MESES 23 DÍA

**Genero:** FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** RA 8 N 14 - 24 **Teléfono:** **Celular:** 3115998151

**Entidad:** PARTICULARES **Profesión o Cargo:** DOCENTE

**Funciones del Cargo:** DOCENTE **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

**Teléfono del Acudiente:** **Parentesco:**

**Diagnóstico:**

# CAMPOS HISTORIA CLÍNICA PSICOLOGÍA

## CARACTERISTICAS PERSONALES

Paciente de sexo femenino de 30 años a quien se le realiza examen ocupacional de ingreso por el área de psicología, al momento de la valoración se encuentra consiente, ubicada en tiempo, espacio y persona, presenta estructura comunicacional adecuada y fluida, se evidencia como una persona tranquila, no se evidencian dificultades en el discurso, presenta adecuada síntesis y respuesta, niega antecedentes psicológicos y psiquiátricos, niega accidentes laborales en el último año.

## ASPECTOS FAMILIARES

La paciente refiere que vive sola, refiere su familia vive en la ciudad por tal razón comparten constantemente, refiere contra con buenas relaciones familiares basada en ocupación del tiempo libre en actividades de agrado, refiere contar con buena relación familiar, de apoyo y confianza, agrega el vínculo familiar es cercano y de afecto. La paciente refiere contar con red primaria establecida en su madre.

## ASPECTOS ECONÓMICOS

Refiere que los gastos del hogar son asumidos actualmente por ella y su madre, no presenta dificultades económicas, cuentan con los recursos económicos para cubrir las necesidades básicas.

## EXPERIENCIA LABORAL

Refiere contar con 2 años de experiencia como docente, refiere contar con buenas relaciones interpersonales basadas en confianza, compañerismo, respeto y apoyo. Refiere contar con buenas habilidades adaptativas, refiere habilidades como trabajo en equipo. Agrega la relación laboral con sus jefes directos es de cordialidad.. Refiere contar con buenas habilidades sociales.

## HÁBITOS

Refiere que cuando no se encuentra en su jornada laboral acostumbra a descansar, estudiar ingles, estar en casa, salir con su mascota, refiere realizar manualidades, pasar tiempo en familia, como actividad física sale a caminar, no fuma, niega consumo de SPA, consume bebidas alcohólicas, refiere contar con buen hábito de sueño.

## ACTITUDES

La paciente presenta actitud colaborativa a la entrevista, se describe como una persona responsable, cumplida, organizada, confiable, amable, autoexigente, tranquila, familiar, cuidadora, colaboradora.

## OBSERVACIONES

**RESULTADOS DE EVALUACIÓN:** Se evidencia como una persona emocionalmente estable, cuenta con estrategias adecuadas para afrontar situaciones difíciles o de estrés, presenta adecuado manejo de resolución de conflictos, conducta necesaria para responder a estímulos estresores del medio.

**PRUEBA DE ESTRÉS LABORAL:** esta prueba permite evaluar los síntomas fisiológicos, de comportamiento social y laboral, intelectuales y psicoemocionales del estrés, la paciente puntúa con un **NIVEL BAJO (3.7)**, lo que permite concluir que no presenta síntomas de estrés, no es necesario desarrollar actividades de intervención específica, salvo acciones o programas de promoción en salud.

**CONCEPTO: TRABAJADORA APTA,** presenta características psicológicas que le permiten realizar con éxito su labor y hacer frente a los factores de riesgo psicosociales, protegiendo así su salud mental.

**PSICÓLOGO**

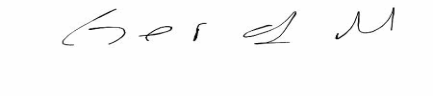


**Firma:**

**Nombre:** CC: 1118539867 - LEIDY ANDREA BERDUGO

**R. M.:** 136447

**PACIENTE**



**Firma:**

**Nombre:** MENDOZA PEREZ GERALDINE

**CC:** 1052405220

# INGENIERÍA MÉDICA DEL TRABAJO IPS

Nit: 901298933-4
Carrera 14 # 17 -51 Duitama- Boyacá
Cel.314 451 3124 y 313 346 0908
informacion@ingemedt.com
web: ww.ingemedt.com




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 13.133**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 28 DÍA | 08 MES | 2025 AÑO | DUITAMA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| MENDOZA PEREZ GERALDINE | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 30 AÑOS 0 MESES 23 DÍAS | CC | 1052405220 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**DOCENTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIONES**

Observaciones: *APTA PARA EL CARGO*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

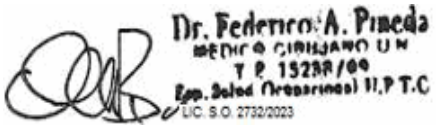
| | | | |
|---|---|---|---|
| GLICEMIA EN AYUNAS | ✓ | PSICOLOGIA OCUPACIONAL | ✓ |
| OPTOMETRIA | ✓ | PERFIL LIPIDICO (COL TOT-HDL-LDL- TRIG) | ✓ |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | PAUTAS ERGONOMICAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | DIETA BALANCEADA : E HIPOGRASA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al Medico (a) E.S.O., abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Medico (a) E.S.O. , abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas, verídicas y no he omitido información. Autorizo al Medico (a) E.S.O para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** CC: 74379974 - FEDERICO ALEJANDRO PINEDA

**R. M.:** 74379974 **L.S.O.:** 2732 DE 2023

**Código de Seguridad**
**O615U1A13133**

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** MENDOZA PEREZ GERALDINE

**CC:** 1052405220