

<div><div>SENA</div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>						FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)						Código Regional 11		
								REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro 940410				
								CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración Octubre de 2025				
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1								Versión ENERO - 2.25		ID de Proceso 78425-560016				
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/N° 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: (Descripción 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		01/10/2025		Al		31/10/2025		Saldo Anterior del Contrato:				\$ 9.199.022		
Número de pago		9						Valor Total del Contrato:				\$ 44.308.623		
Valor Bruto Pago:				\$ 4.599.511,00				Nuevo Saldo del Contrato:				\$ 4.599.511		
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														
				Octubre		Setiembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA				3.049.411,00		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS				-----		9492506292		Base retención en la fuente a titulo de ICA				4.075.111,00		
Ingreso Base de Cotización - IBC				\$ 1.839.804		\$ 1.839.804		Valor base IVA				0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud				\$ 230.000		\$ 230.000		IVA (Si es RESPONSABLE)				0,00		19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión				\$ 294.400		\$ 294.400		Menos Retención en la Fuente				0,00		0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional				\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA				0,00		15%
ARL I				\$ 9.700		\$ 9.700		Reteica - 8299 - BOGOTÁ				39.366,00		0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes				\$ -								0,00		0%
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% \$32.784.341				\$ 1.016.000								0,00		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 7.737.000								Descuentos de embargo (Si tiene)				0,00		
Retención en la Fuente contingente				\$				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 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 Alexander Fleming impartir formación profesional técnico en Recursos Humanos ficha 3177649														
Aplicación de pruebas de conocimiento a los grados decimo y undécimo colegio Menorah														
Aplicación de pruebas de conocimiento a los grados decimo y undécimo colegio Liceo Cultural de Las Americas														
Aplicación de pruebas de conocimiento a los grados decimo y undécimo colegio Hernando Duran Dussan														
Aplicación de pruebas de conocimiento a los grados decimo y undécimo colegio Diana Turbay														
Revisión de portafolio del instructor														
Asistir a reuniones con el coordinador y redición de cuentas con la subdirectora de Centro														
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								<div></div> <div>CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN EL CONTRATISTA</div>						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO														
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:								Autorizo el presente pago.						
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;								El Supervisor, firmado digitalmente por Miguel Angel Ruiz Fecha: 2025.10.20 14:20:45 -05'00'						
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.														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	Valor
2025-09	2025-09	1816899116		9492506292	I	2025/10/16	2025/10/01	BANCOLOMBIA	\$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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,840,000	\$294,400			\$1,840,000	\$230,000			\$0	\$0			\$1,840,000	\$9,700	\$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
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					\$1,840,000	\$294,400			\$1,840,000	\$230,000			\$0	\$0			\$1,840,000	\$9,700	\$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
Total Afiliados(1)					\$1,840,000	\$294,400			\$1,840,000	\$230,000			\$0	\$0			\$1,840,000	\$9,700	\$0

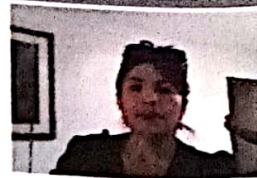
DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40039767		ROJAS BARRAGAN CLARA YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 64B #8-23	TUNJA-BOYACA	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1816899116	9492506292	I	2025/10/16	2025/10/01	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	Identificación:	40039767
Género:	FEMENINO Edad: 49	Teléfono:	3102548120
Fecha Nacimiento:	28/01/1974	Cargo:	INSTRUCTOR (A) Móvil: 3102548120
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.
Univ. Nacional
Especialista Salud Ocupacional U.M.B.
L. 1923





CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN

40039767

Firma y cédula del Paciente

2969

Médico Especialista en Salud Laboral



01-4875186

ISO 15189:2012
20-LCL-001

Página N° : 1 of 2
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

No. de Orden:4875186
Paciente :ROJAS BARRAGAN CLARA YAMILE
Documento Id:40039767
Empresa :MEDIKA IPS S.A.S - BOGOTA
Sede :BOG LAGO
E-Mail :cyrojas2801@gmail.com

No. Interno : 4875186
Edad : 48 a 11 m 23 d
Fecha Nacimiento: 28/01/1974
Sexo : FEMENINO
Teléfono : 3102548120
No. Autoriza : 59415847

COL**TRIG**HDL**CREA**GLU**

Web

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia	Web
--------	-----------	----------	-----------------------------------	-----

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



01-4875186

ISO 15189:2012
20-LCL-001

Página N° : 2 of 2
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

No. de Orden: 4875186
Paciente : ROJAS BARRAGAN CLARA YAMILE
Documento Id: 40039767
Empresa : MEDIKA IPS S.A.S - BOGOTA
Sede : BOG LAGO
E-Mail : cyrojas2801@gmail.com

No. Interno : 4875186
Edad : 48 a 11 m 23 d
Fecha Nacimiento: 28/01/1974
Sexo : FEMENINO
Teléfono : 3102548120
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

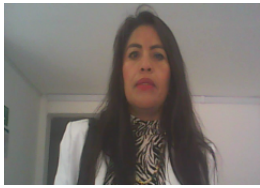
FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos
Identificación
Fecha de Nacimiento
Genero
Estado civil
Estrato
Dirección
Acompañante
Empresa

CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN
CC
1974-01-28
F
Soltero
2
direccion

Nro
Edad
RH
Escolaridad
Ciudad
Telefono
Tel_Acompañante
Cargo

40039767
49
O +
Postgrado
Bogotá, D.C.
3102548120

Ciudad - Sede

POLICIA NACIONAL
CONTRATO PN-
DIRAF-06-7-10164-22
Bogotá, D.C.

Sede

SGSST

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

CUIDADO NORMAL DE VISION

HISTORIA CLINICA MEDICION DE AGUDEZA VISUAL

Fecha Atención : 2022-12-15

Fecha impresión :

SI

2023-03-07

EXAMEN OPTOMETRICO

Observaciones:

CONTROL VISUAL ANUAL USO CORRECCION OPTICA

SI

EXAMEN OFTALMOLOGICO

Observaciones:

POR DISMINUCION AV, REQUIERE CORRECCION OPTICA

NO

HISTORIA MANUAL

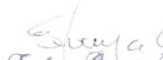
FORMATO MANUAL

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.


Yudith 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

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN	Nro	40039767
Identificación	CC	Edad	49
Fecha de Nacimiento	1974-01-28	RH	O +
Genero	F	Escolaridad	Postgrado
Estado civil	Soltero	Ciudad	Bogotá, D.C.
Estrato	2	Telefono	3102548120
Direccion	direccion	Tel_Acompañante	
Acompañante		Cargo	SGSST
Empresa	POLICIA NACIONAL CONTRATO PN- DIRAF-06-7-10164-22	Sede	CENDIATRA NORTE
Ciudad - Sede	Bogotá, D.C.		

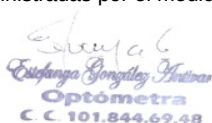
TIPO EXAMEN: PERIODICO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
VISION CROMATICA	
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	
ESTERIOPSIS	ANORMAL
	Observaciones: 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.



Yudith 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

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: _____

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA NORTE
704 2164 - 74604725

DIRECCIÓN
EMAIL

Autopista Norte 106 - 93
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
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	F
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 OTOLÓGICOS

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

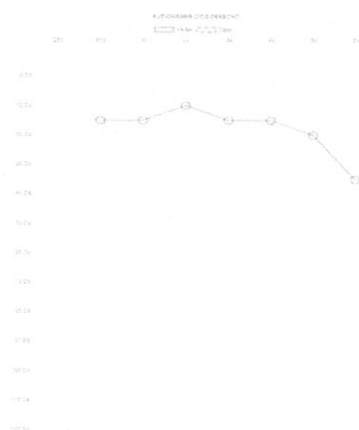
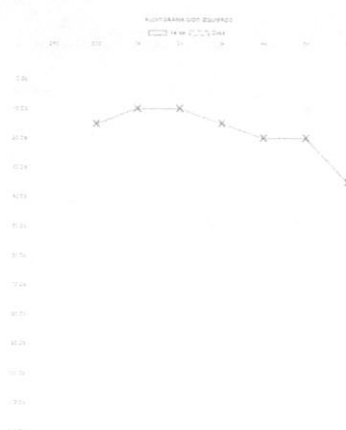
NORMAL 24 DB	BILATERAL
--------------	-----------

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN LIMPIEZA AUDITIVA	SI	1 AÑO
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO
----------------	----



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 OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS CONVERSACIONES	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	NO	
EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA		
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	
COMPLEMENTARIOS		

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.



Don. Carlos O. Estupinan S.
Médico Ocupacional
C.C. 40039767
C.R. 101010101 - 101010101

ERIKA XIOMARA ESTUPINAN SANJUAN

RM: 52974388

Firma y sello del médico evaluador



CLARA YAMILE ROJAS BARRAGAN

CC 40039767

Firma del trabajador evaluado