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	**Diciembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**44202-148824**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NEREIDA MONTAÑA ORTIZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.498.476	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nmontana@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24130547444
IP/Nº de contacto:	16033	**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:	7442947/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**22825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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	**01/12/2025**	**Al**	**15/12/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 2.299.755
Número de pago	**11**			**Valor Total del Contrato:**	$ 53.507.643
Valor Bruto Pago:			**$ 2.299.755,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.299.755	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	**$ 2.299.755**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.131.873**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**91501910**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 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		$ 828.560	
Dependientes hasta		$ 229.976	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 207.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.591.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.131.873,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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%
-	0,00	0%
-	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	**$2.299.755,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Informes de Gestión
Apoyo procesos de certificación de aprendices
Gestión de novedades: retiros, colegios asignados.
Gestión de actualización de documentos de tarjeta de identidad a cédula de ciudadanía.
Gestión Actualización APE para proceso de certificación Estructura pruebas de conocimiento del programa técnico en nómina y prestaci
Proceso de consolidación de notas y certificación colegios públicos Ciudadela Educativa de Bosa, El Japón, Fernando Mazuera, V

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

NEREIDA MONTAÑA ORTIZ
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,

Firmado digitalmente por Miguel Angel Ruiz
Fecha: 2025.12.17 10:04:23 -05'00'

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

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	52498476	NEREIDA MONTAÑA ORTIZ	calle 17 sur N 39- 85 int 8 apt 316	6014422629	ladceet@gmail.com	
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	18/11/2025	91501910	$859.100	

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	362.500	0		0		0	0	0	0	362.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	464.000	0	0	0	0	0	0		464.000	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	15.200				15.200	0	0	15.200			152	15.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.400	0	0	17.400	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	362.500	362.500
Pensión	1	464.000	464.000
Riesgos Laborales	1	15.200	15.200
CCF	1	17.400	17.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	859.100	859.100

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52498476	NEREIDA MONTAÑA ORTIZ		calle 17 sur N 39- 85 int 8 apt 316	6014422629	ladceet@gmail.com	
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	
2025-11	2025-11	I	18/11/2025	91501910	$859.100	

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	Estornado	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	52498476	MONTAÑA ORTIZ NEREIDA	59	0			N																	230301	2.900.000	464.000	0	0	0	0	EPS008	2.900.000	362.500	14-23	2.900.000	1	15.200	CCF24	2.900.000	17.400	0	0	0	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52498476	NEREIDA MONTAÑA ORTIZ	calle 17 sur N 39- 85 int 8 apt 316	6014422629	ladceet@gmail.com	
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	
2025-12	2025-12	I	12/12/2025	92312380	$429.600	

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	181.300	0		0		0	0	0	0	181.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	232.000	0	0	0	0	0	0		232.000	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	7.600				7.600	0	0	7.600			76	7.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.700	0	0	8.700	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	181.300	181.300
Pensión	1	232.000	232.000
Riesgos Laborales	1	7.600	7.600
CCF	1	8.700	8.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	429.600	429.600

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52498476	NEREIDA MONTAÑA ORTIZ		calle 17 sur N 39- 85 int 8 apt 316	6014422629	ladceet@gmail.com	
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	
2025-12	2025-12	I	12/12/2025	92312380	$429.600	

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	52498476	MONTAÑA ORTIZ NEREIDA	59	0			N																	230301	1.450.000	232.000	0	0	0	0	EPS008	1.450.000	181.300	14-23	1.450.000	1	7.600	CCF24	1.450.000	8.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Pago planilla noviembre 2025

BBVA

DETALLE DEL MOVIMIENTO

Concepto
PAGO POR PSE A COMPENSAR-OI

Fecha de la operación
17 noviembre 2025

Hora
10:39 a.m.

Número de la operación
5685

VALOR

Valor de la operación
$ -859.100,00

Pago planilla Diciembre 2025

¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 12 diciembre 2025 06:28 a.m.
Dirección IP: 186.155.109.123
Número de transacción: APII5346325538916524
Número de confirmación: 348d39d05d84

Cuenta Origen: Cuentamiga *******7444
Comercio: COMPENSAR-OI
Nit del comercio: 9998600669427
Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 92312380
REFERENCIA 1:
REFERENCIA 2: CC
REFERENCIA 3: 52498476

Código de la transacción (CUS): 2001522181
Fecha de la solicitud: 12 diciembre 2025
Ciclo de la transacción: 1

Valor: $ 429.600,00
Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor del impuesto: $ 0,00

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000392929

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 27/01/2023 10:46:31

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: NEREIDA MONTAÑA ORTIZ **C.C** 52498476

EDAD 44 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☐	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☑		
Optometría	☑	**¿Cuáles?** PERFIL LIPIDICO - CUADRO HEMATICO					
Audiometría	☐						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ENFASIS CARDOVASCULAR - MUSCULO ESQUELETICO
PSICOMETRICO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.
SE SUGIERE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y MENTALES INCLUIRLO EN EL PROGRAMA DE ESTRES , MANEJO DEL TIEMPO Y SST

Powered by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen RÉGIMEN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA PARTICULAR FECHA 27/01/2023 10:46:31

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: NEREIDA MONTAÑA ORTIZ C.C 52498476

EDAD 44 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra Dayanira Mosquera G.
Esp. Salud Ocupacional
Res. 25 - 1527 - 2015

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com https://www.clinisurips.com

Powered by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

Informe valoración psicológica

Fecha: 27 ene de 2023	Empresa: Particular	Cargo: Instructor
Nombre: Nereida Montaña Ortiz	CC: 52498476	Edad: 44 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Alteraciones del comportamiento				X	
Estado del animo				X	
SPA				X	

Valoración del riesgo

Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible (Se recomienda realizar pausas activas y mentales, incluirlo anivele preventivo en el programa de estrés y SST)	X
Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud.	
Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.	

Daniela Estefanía Gómez Ávila
Esp. Psicología Ocupacional y Organizacional
Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Ávila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 27/01/2023 08:42:00

Doc. Identidad **CC 52498476** Nombre **NEREIDA MONTAÑA ORTIZ** Fecha Nacimiento. **31/05/1978**
Entidad **PARTICULAR** Edad **44** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Ultimo examen visual	Usa anteojos: Si [ ]	No [X]	V.L. [ ]	V.P. [ ]	PC [ ]	Bifocal [ ]	Progresivo [ ]	Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ]	Ocasional [ ]	Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara?	Si [ ]	No [X]				
Cirugías Si [ ]	No [X]	Cuál?						
Accidentes oculares Si [ ]	No [X]	Cuál?						
Signos y síntomas: Asintomático [ ]	Disminución visual de cerca [ ]	Disminución visual de lejos [ ]	Cefaleas [ ]	Resequedad ocular [ ]				
Ardor ocular [ ]	Lagrimeo [ ]	Cansancio ocular [ ]	Irritación [ ]	Fotofobia [ ]	Prurito ocular [ ]	Salto de renglón [ ]		
Antececentes personales y/o familiares	Trae corrección óptica [ ]							

Agudeza Visual

	C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.					20/25-	20/20-
O.I.					20/25	20/20-

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]	Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]
Pterigio T [ ]	Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]	Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]
Blefaritis seborreica [ ]	Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
Ptosis palpebral [ ]	Otros:	Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **ORTHO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **N** Versiones **N** PPC **4 CM**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
F.O.A.N. [ ] Papila normal	[X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]	F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]
Esclerosis de cristalino [ ]	Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**	O.D: **40 ARCO**	O.D:
O.I: **NORMAL**	O.I:	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	+0.50	-		+
O.I:	+0.50	-		+

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:		-		+		
O.I:		-		+		

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[X]	[X]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H520 HIPERMETROPIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [ ]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:**

Yuly Garzón P.
Yuly Garzón Posada
Optómetra Especialista en
Gerencia en Riesgos Laborales, SST
Res. 12613 de 2016

YULY GARZON POSADA
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 1013579617 RM:

Powered by CamScanner

CLINISUR IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Nombre: Nereida
Apellido(s): Montañ otriz
Edad: 44 Año
Género: Mujer

ID de muestra: 52498476
Hora de análisis: 2023/01/27 08:20
Tipo de muestra:

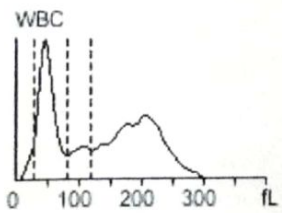
Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1 **WBC**	**6,29**		**3,50-9,50**	**10^9/L**
2 Lym%	34,5		20,0-50,0	%
3 Gran%	56,0		50,0-70,0	%
4 Mid%	9,5	↑	3,0-9,0	%
5 Lym#	2,17		1,10-3,20	10^9/L
6 Gran#	3,52		2,00-7,00	10^9/L
7 Mid#	0,60		0,10-0,90	10^9/L
8 RBC	**5,41**	↑	**3,80-5,10**	**10^12/L**
9 HGB	15,7	↑	11,5-15,0	g/dL
10 HCT	49,6	↑	35,0-45,0	%
11 MCV	91,6		82,0-100,0	fL
12 MCH	29,0		27,0-34,0	pg
13 MCHC	31,7		31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	13,3		11,5-14,5	%
15 RDW-SD	49,4		35,0-56,0	fL
16 PLT	**368**	↑	**125-350**	**10^9/L**
17 MPV	8,4		7,0-11,0	fL
18 PDW	10,1		9,0-17,0	fL
19 PCT	0,310	↑	0,108-0,282	%
20 P-LCR	16,2		11,0-45,0	%
21 P-LCC	60		30-90	10^9/L

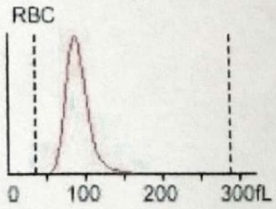
Mensaje WBC

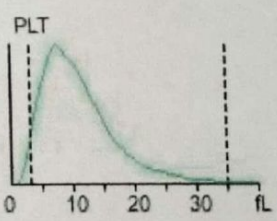
Mensaje RBC

Mensaje PLT

Observaciones:







Dra. Katherine Díaz G.
Bacterióloga & Lab. Clínico
Universidad de Santander
TP 54-1172

LISBETH KATHERINE DIAZ GOMEZ
BACTERIOLOGA UNIVERSIDAD DE SANTANDER
TP: 54-1172

Tels: 2784705 - 3212889447 E-mail: clinisurips@clinisurips.com

Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

Direc: CALLE 27 SUR No 19-07 Tel : 2784705

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 27/01/2023 09:52:19

Fecha 27/01/2023 07:57:00

Doc: **52498476** Nombre : **NEREIDA MONTAÑA ORTIZ** Edad : **44 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	237	200		mg/dl
COLESTEROL HDL	36.5	65		mg/dl
COLESTEROL LDL	171.3	150		mg/dl
TRIGICERIDOS	146	200		mg/dl

LISBETH KATHERINNE DIAZ GOMEZ
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1090424706 RM:

Dra. Katherine Díaz G.
Bacterióloga & Lab. Clínico
Universidad de Santander
TP 54-1172

GLICEMIA BASAL				
RESULTADO	95	70	110	mg/dL

LISBETH KATHERINNE DIAZ GOMEZ
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1090424706 RM:

Dra. Katherine Díaz G.
Bacterióloga & Lab. Clínico
Universidad de Santander
TP 54-1172

Powered by CamScanner