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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL-BOYACÁ

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**930510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**85918-410397**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUANA ISABELA MUÑOZ PACHON	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.053.346.747	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jimunozp@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055048845291863 1
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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9106642/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**32326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales en la ejecución de la formación profesional integral desarrollando actividades de planeación, orientación y evaluación en los programas de Formación titulada y/o complementaria en modalidad presencial y/o virtual que se imparte en el Centro de Gestion Administrativa y Fortalecimiento Empresarial en el área de CIENCIAS NATURALES, de

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026 Al 28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 32.688.729
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 32.688.729
Valor Bruto Pago:	**$ 4.263.747,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 28.424.982

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.263.747	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.263.747**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.816.447**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.816.447,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9499604839**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.263.747,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 0	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		$ 9.200	$ 0	Reteica - 8299 - TUNJA	42.637,00	1,000%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	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	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 24.135.685	$ 939.000			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**	**$4.221.110,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUNO MIL CIENTO DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Oriente formación integral y profesional en la siguiente ficha:3141436-3314022-323168 con la competencia: Aplicación de conocimientos

RAP1 Describir los Fenómenos y Principios de la Química a partir del Análisis de su Contexto Productivo y Social.

RAP2 Correlacionar los Principios y Leyes de la Química con la Realidad Productiva y social.

RAP3 Aplicar leyes y principios de la química en situaciones concretas de su entorno.

RAP4 Plantear alternativas de mejoramiento a situaciones específicas de su entorno productivo

Oriente formación integral y profesional en las siguientes fichas:3314022-323168 con la competencia: Aplicación de conocimientos de la

RAP1 Describir los Fenómenos y Principios de la Química a partir del Análisis de su Contexto Productivo y Social.

RAP2 Correlacionar los Principios y Leyes de la Química con la Realidad Productiva y social.

RAP3 Usar principios y leyes de la química en situaciones concretas y en su entorno

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

JUANA ISABELA MUÑOZ PACHON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

MARIA CLEMENCIA PEREZ ZARATE
COORDINADORA ACADÉMICA

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
ROCIO DEL MAR RODRIGUEZ PARRA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

19/02/26 13:48:28 USUARIO: SIC - C.C. 1053346747

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053346747		MUÑOZ PACHON JUANA ISABELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 13 4 - 17 BR OCASO	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	60164651	9499604839	I	2026/03/11	2026/02/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$491,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,692,542	$270,900			$1,692,542	$211,600			$0	$0			$1,692,542	$8,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,692,542	$270,900			$1,692,542	$211,600			$0	$0			$1,692,542	$8,900		$0	$0
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,692,542	$270,900			$1,692,542	$211,600			$0	$0			$1,692,542	$8,900		$0	$0
1	CC	1053346747	MUÑOZ JUANA	230301	29	$1,692,542	$270,900	EPS005	29	$1,692,542	$211,600		0	$0	$0	14-23	29	$1,692,542	$8,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,692,542	$270,900			$1,692,542	$211,600			$0	$0			$1,692,542	$8,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053346747		MUÑOZ PACHON JUANA ISABELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 13 4 - 17 BR OCASO	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	60164651	9499604839	I	2026/03/11	2026/02/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$491,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$270,900	$0	$0	$270,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$270,900	$0	$0	$270,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,900	$0	$0	$8,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,900	$0	$0	$8,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$211,600	$0	$0	$211,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$211,600	$0	$0	$211,600
TOTAL				1	$491,400	$0	$0	$491,400

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JUANA ISABELA MUÑOZ PACHON identificado con CC. 1053346747 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/02	**Fecha inicio contrato**	2026/01/31
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/08/31
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 1 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC01022026J1053346747M5634348.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14889801351

(415)7707212489984(8020) 000001488980135 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 3 4 6 7 4 7	2	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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 3 3 4 6 7 4 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	PACHON	JUANA	ISABELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

41. Dirección principal: CL 13 4 17 P 1 BRR EL OCASO

42. Correo electrónico: juanitaisabella96@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 3 4 0 2 6 4 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 2 0 3 0 7	7 2 1 0	2 0 2 2 0 3 0 1	8 5 6 0				

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
4 9																									

53. Código: 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 MUÑOZ PACHON JUANA ISABELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **30/01/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUANA MUNOZ PACHON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1053346747**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488452918631**
Fecha de apertura	**22/05/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Historia de optometría

LAURA LILIANA GONZALEZ MORENO
Teléfono: 3105517590 Celular: 3142447463
Av. Universitaria #41-50 local 7

Historia Nº 292

jueves, 12 de febrero de 2026 03:37:57p. m.

Paciente	JUANA ISABELLA MUÑOZ PACHON	Documento	1053346747	Cel 3213402647	Tel
Dirección	CALLE 28#13-33 001	Edad	29	Ocupación	INSTRUCTORA SENA
Afiliación	PARTICULAR SANITAS	Control visual anterior	12:00:00 a. m.		

Acompañante	NO APLICA	Vínculo	NO APLICA	Teléfono	NO APLICA
		Dirección	NO APLICA		
Responsable	SANDRA PACHON	Vínculo	MADRE	Teléfono	3208576705
		Dirección	CHIQUINQUIRA		

Motivo consulta: PACIENTE ASISTE A CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LA SEDE REFIRIENDO: "TENGO MIS ULTIMAS GAFAS HACE COMO 1 AÑ VENGO A CONTROL DE OPTOMETRÍA PARA INGRESO LABORAL"

Antecedentes personales	Antecedentes familiares	Antecedentes laborales
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

Lensometría

		Add
OD	-2.75	
OI	-2.75	

Observación

AV Lejos

	SC	CC	PH
	20/	20/	
	20/	20/	

AV Cerca

SC	CC	PH

Exámen externo

AO: Normal

Oftalmoscopía

AO: Normal

Queratometría

	Horizontal		Vertical		Eje		Dif	Miras
OD	42,75	/	44,25	/	5	/	-1,50	
OI	42,75	/	44,25	/	0	/	-1,50	

Exámen motor

Krimsky No Cover T No

VL Ortho

40cm X

20cm X

PPC

Presión intraocular

OD mmHG OI mmHG

Refracción

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición
OD	-4,25	-1,25	10	
OI	-5,25	-1,00	180	

Estática Sí Dinámica No

Reflejos

Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición	DP	AVL	AVC
OD	-2,75					20/20	
OI	-2,75					20/20	

Test's

Estereópsis: AO: Normal

Visión Cromática: AO: Normal

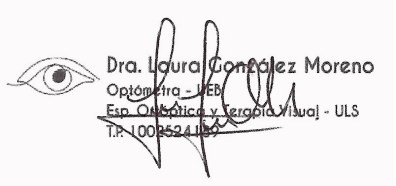
Disposición

Diagnóstico

AO H525 TRASTORNOS DE LA ACOMODACION
AO H521 MIOPIA

Recomendación

NO SE ACTUALIZA CORRECCIÓN ÓPTICA ACTUAL. SE CITA A CONTROL DE OPTOMETRÍA PARA VALORACIÓN BAJO DILATACIÓN Y DETERMINAR RX FINAL.



Firma profesional

OD: Ojo derecho SC: Sin correción AV: Agudeza visual AVC: Agudeza visual cercana
OI: Ojo izquierdo CC: Con correción AVL: Agudeza visual lejana

Evento adverso: No
Violencia sexual: No

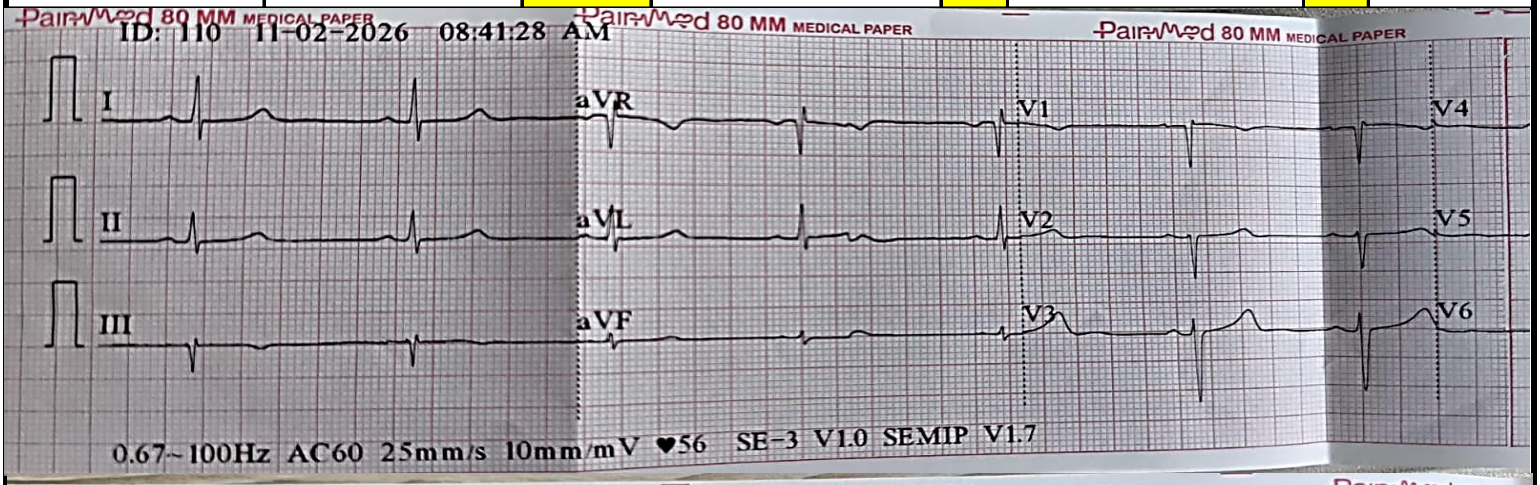
	DOCTOR HOUSE H.S.E. I.P.S S.A.S			
	NIT	900.593.507	DV	0
	CARRERA 10 No 27-04 Barrio Maldonado			
	Movil: 3208578054 - 3187125458 Email: semesiso2013@gmail.com - semesisodos@gmail.com			

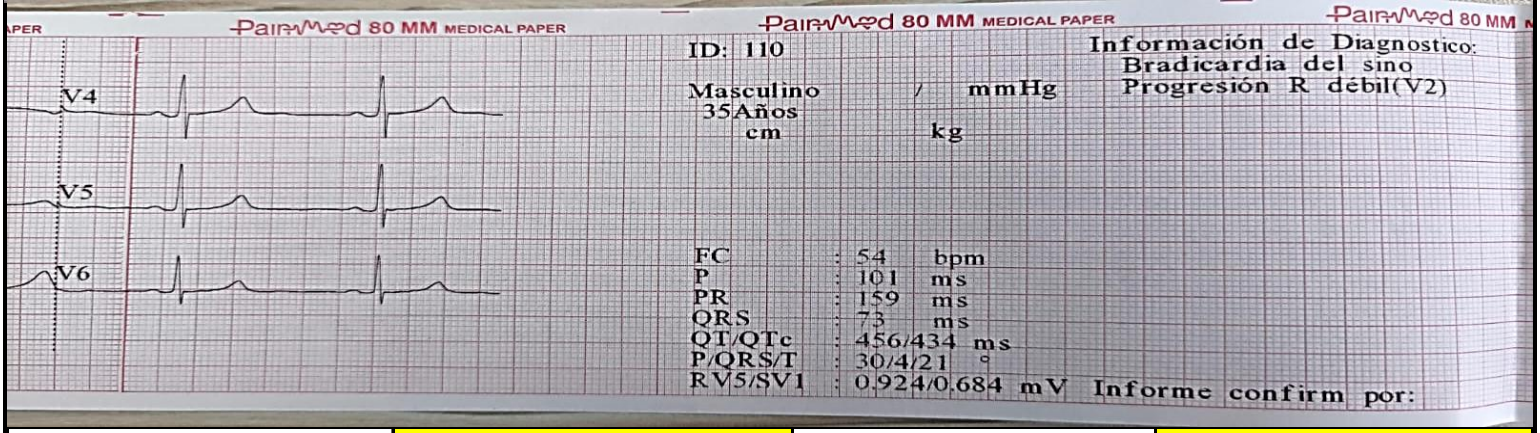
CERTIFICADO DE INFORME

(RESOLUCION 2346 DE 2007)

EL PRESENTE CERTIFICADO ES ENTREGADO POR EL EXAMINADOR AL ASPIRANTE Y LA COPIA REPOSA EN ARCHIVO (Res. 1995/1999 Min Salud)

EMPRESA	**SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA**						
NOMBRES COMPLETOS	**MUÑOZ PACHON JUANA ISABELA**						
DOCUMENTO	**1053346747**		**EDAD**	**29**		**AÑOS**	
CARGO	**INSTRUCTORA**		**FECHA**	**11/02/2026**			
ESTUDIOS	**SEGUNDARIA**		**TECNICO**				**OTRO**





FRECUENCIA CARDIACA	**54**	**VOLTAJE**	**0,6**
PR. INTERVALO	**159**	**RITMO**	**SINUSAL**
QRS. DURACION	**73**	**EJE**	**21**

EKG - BRADICARDIA DEL SINO, PROGRESION R DEBIL.

Declaro con mi firrma que la informacion que ha suministrado al Dr: Carlos Alberto Prez Figueredo o su equipo de trabajo para el cumplimiento correcto de este examen medico o la aplicación del tratamiento es veridica y me hago responsable en cualquier inexactitud en el suministro de ella exonerandolo a el y a la empresa por cualquier responsabilidad emanada de mi conducta de no proporcional informacion confiable

CARLOS ALBERTO PEREZ FIGUEREDO

MEDICO ESP. EN SALUD OCUPACIONAL (SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO)

DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com

Código de Seguridad
P641V33B72322



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 72322

Municipio: TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** miércoles, 11 de febrero de 2026 08:04:27 a.m.

Nombres y Apellidos: MUÑOZ PACHON JUANA ISABELA **CC:** 1053346747 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 05/10/1996 **Edad:** 29 AÑOS 4 MESES 7 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR

RESULTADOS DEL LABORATORIO

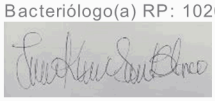
QUÍMICA

PERFIL LIPIDICO (INCLUYE TRIGLICERIDOS)

PERFIL LIPIDICO			
PARAMETRO	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	186	mg/dl	Menor de 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	52.0	mg/dl	Mayor de 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	112.6	mg/dl	Menor de 130 mg/dl
TRIGLICERIDOS	107	mg/dl	Menor de 150 mg/dl
OBSERVACIONES			

Metodo: Espectrofotometría

Jesica Katherin Sanchez Blanco
CC: 1052410519
Bacteriólogo(a) RP: 10206

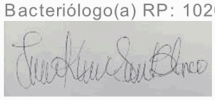


GLICEMIA PRE

GLICEMIA BASAL		
RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
98	mg/dl	70-110 mg/dl
OBSERVACIONES:		

Metodo: Espectrofotometría

Jesica Katherin Sanchez Blanco
CC: 1052410519
Bacteriólogo(a) RP: 10206



IPS-PROFESIONALES DE GESTIÓN INTEGRADA IPS-PGI-SAS
CRA 8 NO. 12-51 EDIFICIO GALENOS
CHIQUINQUIRÁ - BOYACÁ
CELULAR 310 303 1779 - 313 472 1113

NIT: 900615249-1
Licencia IPS No. 1070 del 17-06-2024
Código de habilitación No. 151760206301

Cra. 8 # 12 - 51, Chiquinquirá - Boyacá
e-mail: pgisas@gmail.com
www.pgisas.com Cel. 310 303 1779



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.190

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	11 MES	2025 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
LABORATORIO CLINICO COLMÉDICOS IPS S.A.S.	UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MUÑOZ PACHON JUANA ISABELA	FEMENINO	29 AÑOS 1 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1053346747 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE PROYECTOS DE CONSULTORIA**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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:

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MANEJO DE EMOCIONES Y STRESS SE RECOMIENDAN ACTIVIDADES ANTISTRESS-

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) 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 y verídicas. Autorizo al doctor(a) 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



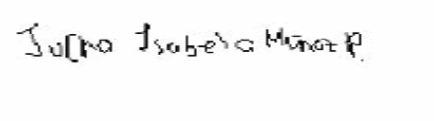
Firma:

Nombre: CC: 51977051 - SANCHEZ FIGUEROA SONIA

R. M.: 0781 **L.S.O.:** 3921 DEL 07-06-2023

Código de Seguridad O338U1A32190

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MUÑOZ PACHON JUANA ISABELA

CC: 1053346747

Hace constar:

Que el Sr(a) JUANA ISABELA MUÑOZ PACHON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1053346747 realizó el día 13/02/2026 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 JUANA ISABELA MUÑOZ PACHON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1053346747 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) JUANA ISABELA MUÑOZ PACHON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1053346747 el día 13/02/2026 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