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	**83372-275879**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JENNY JUDITH ARIZA ANGULO	**Banco a consignar:**	
Cédula de Ciudadanía	63.532.530	**Tipo de cuenta:**	
Correo electrónico:	jjarizaa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	
IP/Nº 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 2025**	SI

¿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:	9106717/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**28826**	**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 AMBIENTAL Y SEGURIDAD Y SALUD

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	**$ 2.497.072**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4636901365**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.200	$ 0
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 426.375	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.135.685	$ 832.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.497.072,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.263.747,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - TUNJA	42.637,00	1,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.221.110,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha #2990908 Orientar las actividades turísticas TECNOLÓGO GUIANZA TURISTICA A DISTANCIA RAP 3, Inducción Horas:48
Ficha #3293839 Orientar las actividades turísticas TECNOLÓGO GUIANZA TURISTICA A DISTANCIA RAP 2, Inducción Horas:40
Ficha #3141441 Orientar las actividades turísticas TECNOLÓGO GUIANZA TURISTICA A DISTANCIA RAP 3, Inducción Horas:40
Ficha #3171194 Orientar las actividades turísticas TECNOLÓGO GUIANZA TURISTICA A DISTANCIA RAP 3, Inducción Horas:40

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

JENNY JUDITH ARIZA ANGULO
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)

13/02/26 11:44:08 USUARIO: SIC - C.C. 63532530

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) JENNY JUDITH ARIZA ANGULO identificado(a) con CC 63532530 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 23/01/2024

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-PUENTE NACIONAL**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes 1 del año 2026.

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,

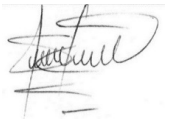


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JENNY JUDITH ARIZA ANGULO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63532530,** se encuentra afiliado/a desde **24/03/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63532530
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNY ARIZA ANGULO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TRVA 4 63 B 35	TELÉFONO:	7400000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4636901365**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995623721

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Planilla Pagada

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JENNY JUDITH ARIZA ANGULO identificado con CC. 63532530 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 3 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: **CC03022026J63532530A6322751.** 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 141230063221

(415)7707212489984(8020) 000014123006322 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 3 5 3 2 5 3 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARIZA	ANGULO	JENNY	JUDITH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Puente Nacional 5 7 2

41. Dirección principal
CALLE 10 B 6 60 BRR SANTA BARBARA

42. Correo electrónico jennyjud21@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 8 3 9 3 7 2 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 6 0 1 2 0	8 0 1 0	2 0 2 4 0 6 1 3					

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 ☐ 60. No. de Folios:

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Sábado, 17 de enero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que JENNY JUDITH ARIZA ANGULO identificado(a) con CC 63532530, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	32909643952	2002-05-15	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



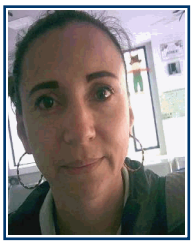
Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 1,878

Ciudad: TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) 21/10/2025 - 10:23 P. M. **Fecha Atención:** 21/10/2025 10:23:31p. m.

CC: 63532530 **Nombres y Apellidos:** ARIZA ANGULO JENNY JUDITH **Fecha de Nacimiento:** 19/09/1982 **Edad:** 43 AÑOS 1 MESES 2 DÍAS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CALLE 10 B#10-60 **Teléfono:** 3005662861 **Celular:** 3118393720

Entidad: SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA **Profesión o Cargo:** DINAMIZADORA AMBIENTAL

Funciones del Cargo: DINAMIZADORA AMBIENTAL **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

ANALISIS: APTITUD LABORAL PSICOSOCIAL

El área intuitiva es la más importante para Jenny Judith. El área menos importante es la emocional. El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual. Le da un poco más de importancia a la rectitud que el resto de la población. Destaca el área física, dándole buena prioridad a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio. La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano. Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de la gente. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia. El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

CONCEPTO

El paciente es APTA para desempeñar sus funciones. Muestra funcionalidad en sus áreas de ajuste y vida, destacándose por mantener un equilibrio notable en los aspectos evaluados.

RECOMENDACIONES

Ninguna.

De acuerdo con las disposiciones legales vigentes y en consideración con el tipo de técnica utilizada, la información aquí consignada, solo es válida para exploración especifica realizada en las áreas mencionadas y con la información reunida a la fecha, entendiéndose que esta información es **confidencial y privada en ámbito psicológico** y que el uso y divulgación requiere del a aceptación expresa de la persona evaluada, igualmente el profesional, es responsable de la buena administración y tenencia de este reporte. Esta información no es válida como prueba técnica en procesos de tipo penal, civil, administrativo, de acuerdo con las leyes colombianas, pues no ha sido recopilada con tal fin, ni siguiendo los procedimientos exigidos a toda prueba pericial si no dentro de un proceso de restablecimiento de derechos y apoyo psicológico para optimizar la calidad de vida y salud emocional de los requeridos.

PSICÓLOGO

Firma:

Nombre: CC: 1014306172 - DIANA CAROLINA MARTINEZ

R. M.: 2552743

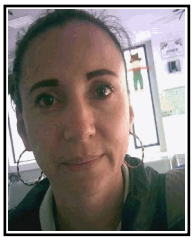
PACIENTE

Firma:

Nombre: ARIZA ANGULO JENNY JUDITH

CC: 63532530

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.643

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	10 MES	2025 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ARIZA ANGULO JENNY JUDITH	FEMENINO	43 AÑOS 0 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	63532530 (Número)

Cargo
DINAMIZADORA AMBIENTAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CRITERIOS OCUPACIONALES

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:

CONSULTA DE PSICOLOGIA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	GLICEMIA PRE	✓
EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO (INCLUYE TRIGLICERIDOS)	✓
EXAMEN DE VISIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

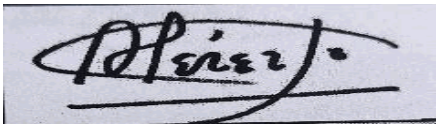
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DECLARO HABER SIDO INFORMADO (A) POR DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S Y/O POR EL MEDICO TRATANTE, SU GRUPO DE PROFESIONALES Y/O TECNICOS ASISTENTES QUE REALICEN EN MI PROPIA PERSONA O PARA MI APODERADO MENOR DE EDAD O CON DISCAPACIDAD EL O LOS PROCEDIMIENTOS SEÑALADOS A CONTINUACION, ASI COMO LA TOMA DE FOTOGRAFIA CON DESTINO A LA IDENTIFICACION DE MIS RESULTADOS. 1. EL PROFESIONAL O TECNICO ABAJO FIRMANTE, EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981 (ART 15 Y 16) ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS IMPLICITOS EN LA REALIZACION DE EXAMENES CLINICOS, PARACLINICOS Y/O LOS PROCEDICIENTOS DE SUS EFECTOS Y CONSECUENCIAS Y CUIDADOS POSTERIORES A DICHO PROCEDIMIENTO Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES Y EXIMO AL PROFESIONAL Y A SU GRUPO DE TRABAJO DE RESPONSABILIDAD ANTE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE SE PRESENTE. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO RECONOZCO QUE LO HE LEIDO O QUE ME HA SIDO LEIDO Y EXPLICADO Y QUE COMPRENDO PERFECTAMENTE SU CONTENIDO. COMPRENDO Y ACEPTO QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO PUEDEN APARECER CIRCUNSTANCIAS IMPREVISIBLES O INESPERADAS, QUE PUEDAN REQUERIR UNA EXTENSION DEL PROCEDIMIENTO ORIGINAL O LA REALIZACION DE OTRO PROCEDIMIENTO NO MENCIONADO ARRIBA. 2. ACEPTO QUE LA MEDICINA NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LOS EXAMENES MEDICOS Y PARACLINICOS O PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, EN EL SENTIDO DE QUE LA PRACTICA DE ESTOS EXAMENES QUE REQUIERO COMPROMETE UNA ACTIVIDAD DE MEDIO, PERO NO DE RESULTADOS. 3. ENTIENDO QUE SI NO INFORMO ADECUADAMENTE Y CON LA VERDAD TODOS LOS DATOS NECESARIOS, SE PUEDE OCASIONAR CONFUSION EN EL DIAGNOSTICO O ERROS EN LA SELECCION DEL TRATAMIENTO QUE BUSCA MI BIENESTAR O CALIFICACION DE APTITUD SIN QUE ESTOS RESULTADOS SEAN ATRIBUIBLES AL PROFESIONAL MEDICO Y /O TECNICO ASISTENCIAL. 4. IGUALMENTE COMPRENDO COMO ADULTO Y MAYOR DE EDAD, O EN CASO DE APORANTE PARA CON MI APORADO, QUE LA PRACTICA DE EXAMENES CLINICOS COMPRENDE LA INSPECCION, OBSERVACION, PALPACION, AUSCULTACION, PERCUSION, Y TODAS LAS CLASES DE TECNICAS MEDICAS LICITAS PARA LAS CUALES ESTAN FACULTADO EL EQUIPO MEDICO Y A SU EQUIPO DE TRABAJO Y ENTIENDO QUE HACEN PARTE DE LA PRACTICA MEDICA PARA LA ELABORACION DE UN DIAGNOSTICO CLINICO. 5. DE IGUAL MANERA SE ME HA INFORMADO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO O RENUNCIAR A LA PRACTICA DE LOS MISMOS, CUANDO CONSIDERE QUE SE ESTA INCUSIONANDO POR PARTE DEL PROFESIONAL EN FALTAS A LA MORAL O A LA ETICA DE QUE TRATA LA LEY 23 DE 1981, DE LO CONTRATIO SI NOR ENUNCIO A ESTE DERECHO ACEPTO QUE HUBO FALTAS EN TAL SENTIDO POR PARTE DEL EQUIPO MEDICO Y/O TECNICO ASISTENCIAL DE LA INSTITUCION. 6. EXONERO AL EQUIPO MEDICO Y A SUS TECNICOS ASISTENCIASLES Y ADMINISTRATIVOS DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EMANADA DE LA ENTREGA QUE NO HAGA DE LA COPIA DE LA HISTORIA CLINICA A CUALQUIER EMPLEADOR Y ASUMO LA RESPONSABILDIAD POR EL LEVANTAMIENTO DE LA RESERVA QUE SOBRE LA HISTORIA CLINICA YO HAGA AL ENTREGAR COPIA DE ESTA A CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD. 7. EL TRABAJADOR - PACIENTE AUTORIZA A DOCTOR HOUSE IPS SAS A DIVULGAR RESULTADOS DE SU EVALUACIO CON DESTINO A EMPLEADOR, ARL Y EPS Y AFP , PARA CONOCIMIENTO DE SUS PATOLOGIAS E INCLUSION EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA QUE BENEFICIEN SU SALUD INDIVIDUAL Y

COLECTIVA, HABIENDO RECIBIDO LA EXPLICACION DE LOS BENEFICIOS DE LA REALIZACION DE ESTOS EXAMENES.

Médico



Firma:

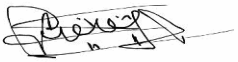
Nombre: CC: 6770148 - CARLOS ALBERTO PEREZ

R. M.: 914-97 **L.S.O.:** 1122

Código de Seguridad

X641D1J55643

Aspirante o Trabajador



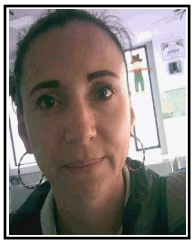
Firma:

Nombre: ARIZA ANGULO JENNY JUDITH

CC: 63532530



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



EXAMEN DE EXAMEN DE VISIOMETRIA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 24,877

Fecha: 10/10/2025 **Municipio:** TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) **CC:** 63532530 **Nombre:** ARIZA ANGULO JENNY JUDITH **Edad:** 43 AÑOS 0
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** DINAMIZADORA AMBIENTAL **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCUL **F. Último Examen:** 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: BARBOSA **Motivo Consulta:** INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	SI
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	NIEGA
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 APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

SINTOMATOLOGÍA

ADD

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN

OJO DERECHO	ADD
OJO IZQUIERDO	ADD
AMBOS OJOS	ADD

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN

OJO DERECHO	ADD
OJO IZQUIERDO	ADD
AMBOS OJOS	ADD

EXAMEN EXTERNO

OJO IZQUIERDO	ADD
OJO DERECHO	ADD

REFLEJOS

OBSERVACIÓN	ADD

COVER TEST

VISIÓN LEJANA	ADD
VISIÓN PROXIMA	ADD

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN	ADD

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN	ADD

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO	ADD

OJO IZQUIERDO	ADD

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO	ADD
OJO DERECHO	ADD

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	ADD
OJO IZQUIERDO	ADD

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	ADD
OJO DERECHO	ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO	ADD
OJO IZQUIERDO	ADD

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN	ADD

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

Firma:

Nombre: CC: 1046623623 - LORENA ESPITIA

R. M.: 1046623623 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

M641S3Y24877

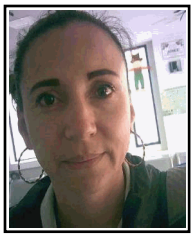
PACIENTE

Firma:

Nombre: ARIZA ANGULO JENNY JUDITH

CC: 63532530

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



VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

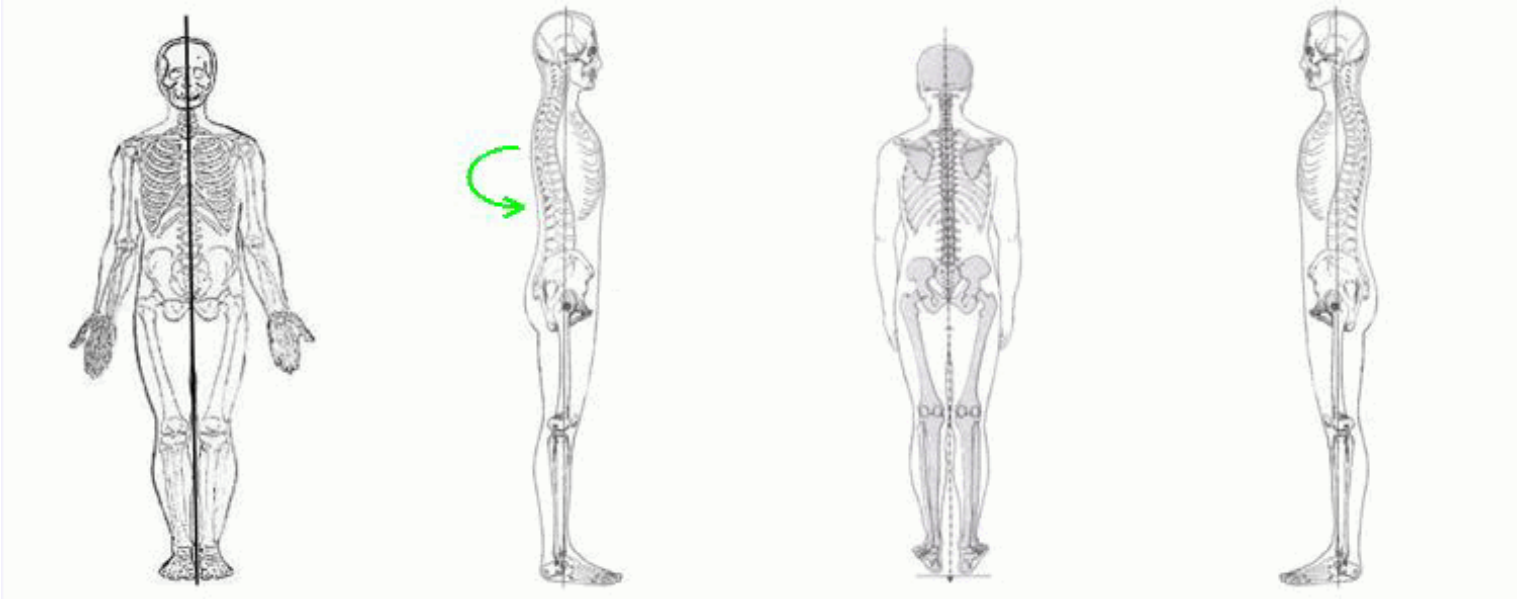
Fecha: 10/10/2025 **Ciudad:** TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)

Tipo Evaluacion Medica: EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOM **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA

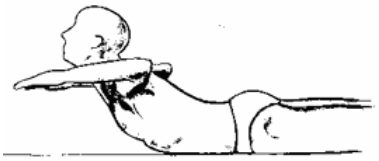
CC:63532530 **Nombre:** ARIZA ANGULO JENNY JUDITH **Edad:** 43 AÑOS 0 MES **Peso:** 50.00 **Talla:** 154

Cargo: DINAMIZADORA AMBIENTAL **Funciones del cargo:** DINAMIZADORA AMBIENTAL

Evaluación Postural

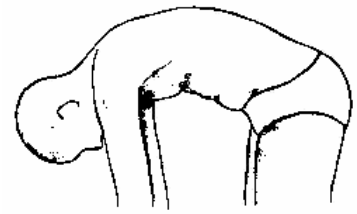


	MID	MII	MSD	MSI
Longitud Real	92	92	62	62
Longitud Aparente	95	95	65	65



EXTENSIBILIDAD

NORMAL



FLEXIBILIDAD DE COLUMNA

NORMAL

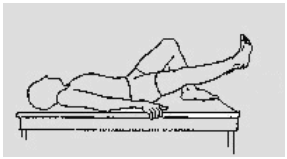


FLEXIBILIDAD DE HOMBROS

Izq: NORMAL

Der: NORMAL







ADUCTORES

Izq: LEVE

Der: LEVE

GASTRONEMIOS

Izq: LEVE

Der: LEVE

ISQUIOTIBIALES

Izq: LEVE

Der: LEVE

SEMIOLOGICAS	IZQUIERDA	DERECHA
BOSTEZO MEDIAL	NO	NO
BOSTEZO LATERAL	NO	NO
CAJÓN ANTERIOR	NO	NO
CAJÓN POSTERIOR	NO	NO
THOMAS	NO	NO
OBER	NO	NO
ELY	NO	NO
LASÉGUE	NO	NO

FASE BALANCEO	IZQUIERDA	DERECHA
ACELERACIÓN	NO	NO
BALANCEO MEDIO	NO	NO
DESACELERACIÓN	NO	NO

FASE APOYO	IZQUIERDA	DERECHA
CHOQUE DE TALÓN	NO	NO
APOYO PLANTAR	NO	NO
APOYO MEDIO	NO	NO
EMPUJE	NO	NO

OBSERVACIONES

OSTEOMUSCULAR NORMAL

Profesional

Firma:



Nombre: CC: 6770148 - CARLOS ALBERTO PEREZ

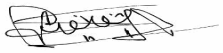
R. M.: 914-97 **L.S.O.:** 1122

Código de Seguridad

V641B5H24295

Trabajador

Firma:



Nombre: ARIZA ANGULO JENNY JUDITH

CC 63532530

CENTRO COMERCIAL LA LUISITA

PISO 4 CONS 401

Audicetz

Ayudas auditivas, audiometrías

ampliSuite Estudio Audiológico

Fecha de la prueba : 11/02/2026

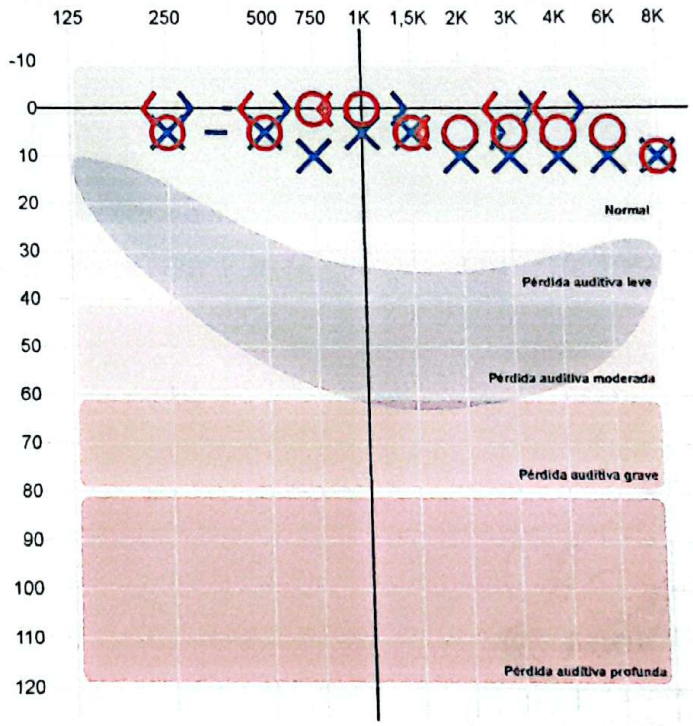
Paciente		Examinador	
Nombre :	JENNY JUDITH ARIZA ANGULO	**Nombre :**	DRA CEILA ESPERANZA TELLEZ AUDIOLOGA IBERO
Fecha de nacimiento :	19/09/1982	**Firma :**	

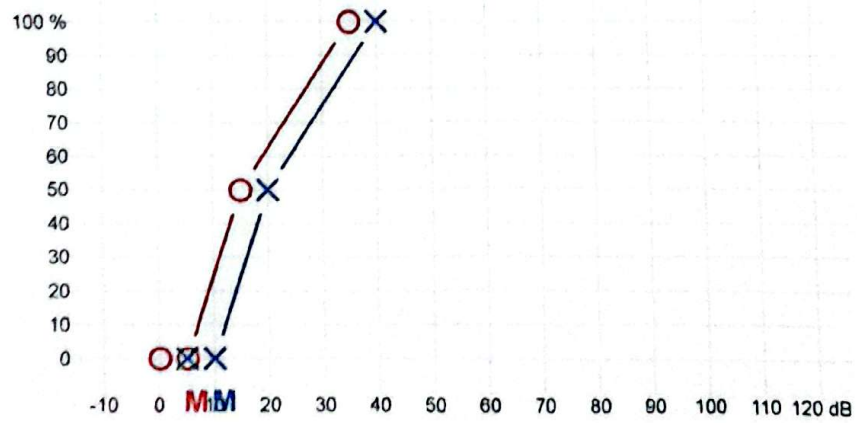
Oído derecho

125	250	500	750	1k	1k5	2k	3k	4k	6k	8k	
	5	5	0	0	5	5	5	5	5	10	AC
	0	0		0		5	0	0			BC

Oído izquierdo

125	250	500	750	1k	1k5	2k	3k	4k	6k	8k
	5	5	10	5	5	10	10	10	10	10
	0	0		0		5	0	0		





	Izquierda	Derecha
SRT (S/AC)		
SRT (M/AC)	2	-4
PTA	7.5	3.8
NIHL	10	5
PHL		1.1%

Powered by CamScanner

CENTRO COMERCIAL LA LUISITA

PISO 4 CONS 401

Audicetz

ampliSuite Estudio Audiológico **Fecha de la prueba : 11/02/2026**

Paciente		Examinador	
Nombre :	JENNY JUDITH ARIZA ANGULO	**Nombre :**	DRA CEILA ESPERANZA TELLEZ AUDIOLOGA IBERO
Fecha de nacimiento :	19/09/1982	**Firma :**	

USUARIA DE 43 AÑOS QUIEN ACUDE PARA EXAMEN DE INGRESO SENA SIN ANTECEDENTES OTOLOGICOS RELEVANTES.SIN ANTECEDENTES SISTEMICOS.

OTOSCOPIA

PABELLON CAE Y MT DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERALMENTE

AUDIOMETRIA TONAL

UMBRALES AUDITIVOS DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERALMENTE.

LOGOAUDIOMETRIA

CURVAS CONSERVADAS EN FUNCION E INTENSIDAD CON DISCRIMINACION DEL 100% A 35 dB EN OD Y 40 DB EN OI.

CONTROL ANUAL.

Audicetz
Dra. Ceila Esperanza Tellez U.
Fonoaudiologa- Esp. Audiología y GSST

Powered by CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) JENNY JUDITH ARIZA ANGULO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63532530 realizó el día 10/02/2026 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 JENNY JUDITH ARIZA ANGULO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63532530 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) JENNY JUDITH ARIZA ANGULO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63532530 el día 10/02/2026 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