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** | **Febrero de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **65667-174285** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.022.387.289 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | yessica.bernal.20@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 24090378339 |
| **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** | 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:** | 9000307/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **15026** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 6 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial, |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **02/02/2026 Al 28/02/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 24.634.997 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 24.634.997 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 19.897.500 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.737.497 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.737.497** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.140.497** | **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 | 3.140.497,00 | TARIFA |
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **0** | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.197.397,00 | |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.999 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 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 | | $ 9.900 | $ 0 | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 40.547,00 | 0,966% |
| | | $ | | - | 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% | $ 20.687.730 | $ 1.047.000 | | | 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** | **$4.696.950,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se formulan planes de clase orientados a la aplicación efectiva de los principios establecidos en el Proyecto Educativo Institucional,
Se elaboraron y entregaron oportunamente los productos establecidos en los compromisos contractuales, tales como actas de inicio, guía
Se aplicaron evaluaciones diagnósticas de los conocimientos previos antes de iniciar cada competencia, así como evaluaciones y quices
Se realiza la verificación y contraste de los listados consolidados en la plataforma SOFIA Plus con la asistencia real de los aprendic
Se realiza el llamado a lista en cada uno de los espacios de formación y, de manera complementaria, se verifican los soportes de inasi
Se realiza la verificación de la información de los aprendices y sus datos de contacto, a partir de la información suministrada, con e
En la primera sesión se lleva a cabo la socialización de la competencia, los resultados de aprendizaje y las reglas establecidas en re
Se cumple con las disposiciones de protección de datos personales aplicables, de conformidad con el Acuerdo 009 de 2016 del SENA y la
Se asistió a la totalidad de las reuniones y comités convocados, tanto en modalidad presencial como virtual, garantizando la participa

**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

Yessica Bernal

**YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA**
**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,

Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA Fecha: 2026.02.22 18:00:00 -05'00'

**NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO**
**INSTRUCTOR G17**

**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**
**MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Yessica Paola Bernal Bautista, identificado(a) con CC número 1022387289, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1022387289 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Yessica Paola Bernal Bautista |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 20/10/1993 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/11/2016 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 210 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 181 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 47 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/11/2016 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1022387289 YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA Desde 01/03/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1022387289 Trabajador Independiente Desde 01/11/2024 Hasta 28/02/2025

Generado por interfaces 22/02/2026

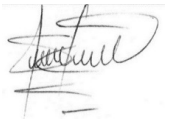
**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1022387289,** se encuentra afiliado/a desde **10/09/2015** 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 22 de febrero 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

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA identificado con CC. 1022387289 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** | 2026/02/02 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/07/06 |
| **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 22 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: **CC22022026Y1022387289B10386089.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 V_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141237067568

(415)7707212489984(8020) 000014123706756 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 2 3 8 7 2 8 9 | 3 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## 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 2 2 3 8 7 2 8 9 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BERNAL | BAUTISTA | YESSICA | PAOLA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 4 F 41 B 76

42. Correo electrónico yessica.bernal.20@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 1 2 3 7 0 8 2 1 | 3 2 0 4 9 6 1 5 3 2 |

## 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 2 9 9 | 2 0 1 5 1 0 0 2 | 7 4 9 0 | 2 0 1 5 1 2 0 2 | 8 5 4 1 | 8 5 4 2 | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] 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: Yessica Bernal

984. Nombre BERNAL BAUTISTA YESSICA PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022387289 realizó el día 22/02/2026 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 YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022387289 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.

Yessica Bernal

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) YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022387289 el día 22/02/2026 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

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA Identificado con CC 1022387289

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PRIMAVERA, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24090378339 |
| **Fecha de apertura:** | 13 de Diciembre de 2018 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 22 de Febrero de 2026.

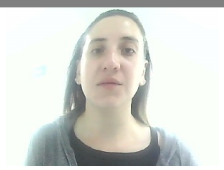
Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
NIT: 900170994

## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

**Tipo de Examen: PRE-INGRESO**
**Certificado de aptitud: 1022387289-951808**
**SEDE AMÉRICAS**

## INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

**Empresa:** PARTICULARES -
**Actividad Económica:**

**Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 04 oct. 2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL | **Identificación:** | 1022387289 |
| **Paciente:** | YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA | **Teléfono** | NA **Móvil:** 3204961532 |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 31 | **EPS:** | SANITAS S.A. |
| **Fecha Nacimiento:** | 20/10/1993 | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **AFP:** | COLPENSIONES |
| **Escolaridad:** | PROFESIONAL | **Cargo:** | DOCENTE |
| **Área: No Reporta** | | | |
| **Correo Electrónico:** | yessica.bernal.20@gmail.com | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

| | |
|---|---|
| **PRUEBA PSICOLÓGICA PTC PLUS** | REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOLÓGICA O SEGÚN LO REQUIERA. |
| **OPTOMETRÍA** | SU CAPACIDAD VISUAL DE LEJOS Y CERCA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA. |
| **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL** | HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL//, REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA//MANTENER CUIDADOS DE LA VOZ COMO: EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, HABLAR DESPACIO Y MODULAR TONO DE VOZ, REALIZAR PAUSAS VOCALES DURANTE EL DESARROLLO DE LA JORNADA LABORAL, HIDRATACION CONSTANTE CON AGUA.// INFORMAR A LA EMPRESA CUALQUIER CAMBIO ANORMAL EN SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL // CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD LABORAL DE LA EMPRESA PARA LAS TAREAS QUE VA A REALIZAR EN EL ÁREA ASIGNADA// REALIZAR CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICAMENTE // PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD QUE SE REALICEN EN SU E.P.S //MANTENER ADECUADAS CONDICIONES DE ILUMINACION EN SU LUGAR DE TRABAJO //CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA |
| **GLICEMIA** | REALIZADO |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | 1.REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL // 2. SEGUIR LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA PARA LAS TAREAS QUE VA A REALIZAR SEGÚN EL AREA ASIGNADA // 3. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE. |

## CONCEPTO LABORAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA LA LABOR**

Observaciones:

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

## Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

## Información de Remisiones

NO

'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 a ZONAMEDICA MR SAS, 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. Autorizo a médicos de la institución el acceso a historia clínica.

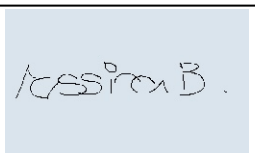
LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'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 a ZONAMEDICA MR SAS, 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 a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'







MEDICO ESPECIALISTA EN SST
JOHN HANSEL CHACON RINCON
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1030629915
RM 1030629915 - LIC. 17159/2024

Firma y cédula del Paciente
YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
1022387289

## LABORATORIO CLÍNICO

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
**900170994**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 4/10/2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL
**Paciente:** YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
**Género** FEMENINO **Edad:** 31
**Fecha Nacimiento:** 20/10/1993
**Estado Civil:** SOLTERO(A)
**Dirección** CALLE 10 NO 81 A 20
**Empresa** PARTICULARES -

**Tipo de Examen:** PRE-INGRESO
**Identificación:** 1022387289
**Teléfono** NA **Móvil:** 3204961532
**Cargo:** DOCENTE
**EPS:** SANITAS S.A.
**Escolaridad:** PROFESIONAL

Informe de Laboratorio: 951808

## EXÁMENES REALIZADOS

| Exámenes | Resultados | Valores de Referencia | Notas |
|---|---|---|---|
| GLICEMIA | 87mg/dl | 70-110 mg/dl | |

Adriana Mateus
BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICA
T.P 1101760546

BACTERIOLOGA
DORIS ADRIANA MATEUS ESCOBAR
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1101760546
T.P: 1101760546 -

Yessica B.

Firma y cédula del Paciente
YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
1022387289

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

# CERTIFICADO DE OPTOMETRÍA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 4/10/2025 BOGOTA D.C - BOGOTA, | **Tipo de Examen:** | PRE-INGRESO | | |
| **Paciente:** | YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA | **Identificación:** | 1022387289 | | |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 31 | **Teléfono** | NA | **Móvil:** | 3204961532 |
| **Fecha Nacimiento:** | 20/10/1993 | **Cargo:** | DOCENTE | | |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | SANITAS S.A. | | |
| **Dirección** | CALLE 10 NO 81 A 20 | **Escolaridad:** | PROFESIONAL | | |
| **Empresa** | PARTICULARES - | | | | |

## EVALUACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Formula Final OD** | **N** | **Formula Final OI** | **N** |
| **Distancia Pupilar** | **60/58** | **ADD** | **NA** |

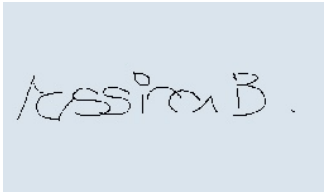
**Recomendaciones** SU CAPACIDAD VISUAL DE LEJOS Y CERCA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA.

**Impresión Diagnóstica** AO EMETROPIA

**Remisiones** -




OPTOMETRA
CAMILO ANDRES CUELLAR SEGURA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1020782809
1020782809 -





YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA 1022387289

Firma y cédula del Paciente

# CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 4/10/2025 BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL
**Paciente:** YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
**Género** FEMENINO **Edad:** 31
**Fecha Nacimiento:** 20/10/1993
**Estado Civil:** SOLTERO(A)
**Dirección** CALLE 10 NO 81 A 20
**Empresa** PARTICULARES -

**Tipo de Examen:** PRE-INGRESO
**Identificación:** 1022387289
**Teléfono** NA **Móvil:** 3204961532
**Cargo:** DOCENTE
**EPS:** SANITAS S.A.
**Escolaridad:** PROFESIONAL

## CONCEPTO DE APTITUD

SIN INFORMACION

## DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOLÓGICA O SEGÚN LO REQUIERA.

## OBSERVACIONES

PRUEBA PSICOLÓGICA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES EN RASGOS DE PERSONALIDAD, VALORES, MOTIVACIÓN PARA EL TRABAJO Y POTENCIAL DE COMPETENCIAS. NO EVIDENCIA ALTERACIONES COGNITIVAS. CONTINUAR REALIZANDO LOS EXÁMENES PSICOLÓGICOS DE FORMA PERIÓDICA.

Nataly Morales Gonzalez
Psicóloga
T.P. 261620

PSICOLOGA
NATALY MORALES GONZALEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1016113228
T.P: 261620 -

Firma y cédula del Paciente
YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
1022387289