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	**91389-816676**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.303.231	**Tipo de cuenta:**	CORRIENTE
Correo electrónico:	erika3milenio@gmail.com	**Número de Cuenta:**	8400683978
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	SI
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:	9091923/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**40526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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:**	$ 49.743.718
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.006.221

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	**$ 2.512.499**	**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	2.512.499,00	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		$ 7.740.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ 756.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 0			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

Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente de etapa productiva

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

ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS
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: 2026.02.25 10:41:34 -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)

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS identificado(a) con Cedula Ciudadania 52303231, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20221201	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
31643426

CER-AFI

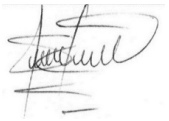
Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52303231,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2012** 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 24 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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS**, identificado con **CC** No. **52303231**, registra la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 02/02/2026 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 02/02/2026 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2026 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad en www.positiva.gov.co para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 06 días del mes de Febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
JAGC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141231161685

(415)7707212489984(8020) 000014123116168 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 3 0 3 2 3 1	5	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	5 2 3 0 3 2 3 1	

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
HURTADO	OLIVEROS	ERIKA	ROCIO

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: CR 24 C 53 40 SUR

42. Correo electrónico: erika3milenio@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 8 5 0 6 1 5 1	

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 6 9 2	2 0 1 4 0 1 1 7	8 2 9 9	2 0 1 4 0 1 1 7		8 5 4 2 8 5 4 1	2 4 4 5	

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										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: HURTADO OLIVEROS ERIKA ROCIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 22-01-2026 10:04:01PM

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **24/02/2026**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **52303231**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**008400683978**
Saldo a la fecha	**103,621.43 Pesos**
Fecha de apertura	**24/02/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52303231 el día 23/02/2026 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52303231 realizó el día 23/02/2026 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 ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52303231 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 -

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **22/01/2026 07:02:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS**

Cargo **PSICÓLOGA** Doc. Identidad **CC 52303231**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	3 GLUCOSA EN SUERO , LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
4 TEST PSICOLOGICO	5 OPTOMETRIA	6 VISIOMETRIA
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI	NO	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO
	○	⊗		○	○		○	○

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
USO DE CORRECION VISUAL PERMANENTE
DEBE CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO MEDICO YA INSTAURADO EN LA EPS
DEBE BAJAR DE PESO

Dra. Solandy E. Ortiz
Medicina del Trabajo
Universidad Rosario
RMO 25506- 13/05/25

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
RMO 25506- 13/05/25 Documento: 52.116.798 de Bogotä.

Trabajador: ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS
CC 52303231
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

DEBE USAR MEDIAS DE COMPRESION MEDIANA
EVITAR EL USO DE CELULAR EN SU LABOR
USO DE BLOQUEADOR SOLAR DOS VECES AL DIA
CULTURA DE TRABAJO SEGURO CUANDO TENGA DESPLAZAMIENTOS EN CALLE..CAMPO O DENTRO DE LA EMPRESA
CONOCER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
EVITAR POSICIONES INCOMODAS O POCO ERGONOMICAS EN EL PUESTO DE TRABAJO
PAUSAS VISUALES CADA 3 HORAS SI ESTA EXPUESTO A PERMANECER PROLONGADAMENTE FRENTE A EQUIPOS
PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO EN MIEMBROS SUPERIORES Y DESCANSO DE MIEMBROS INFERIORES AL TERMINAR
MANTENGA UN PESO SALUDABLE
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO,
EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra. Solandy E. Ortiz
Medicina del Trabajo
Universidad Rosario
RMO 25506- 13/05/25

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
RMO 25506- 13/05/25 Documento: 52.116.798 de Bogotä.

Trabajador: ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS
CC 52303231
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit: 900157744

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 22/01/2026 10:35:45

Dircc: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3 Tel :

Fecha 22/01/2026 06:20:00

Doc: **52303231** Nombre : **ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS** Edad : **49 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
GLUCOSA EN SUERO , LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				
Glicemia basal	101	70	110	mg/dL

Alba Luz Balaguera R.
Bacteriologa - Pontificia U. Javeriana
41.798.364

ALBA LUZ BALAGUERA RODRIGUEZ
Especialidad: BACTERIOLOGO
CC: 41798364 RM:

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

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

OPTOMETRÍA

Fecha historia 22/01/2026 07:18:00

Doc. Identidad **CC 52303231** Nombre **ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS** Fecha Nacimiento. **17/09/1976**
Entidad **PARTICULAR** Edad **49** Ocupación **PSICÓLOGOS.**
Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Último examen visual **08 MESES** | Usa anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [X] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [X] | Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [X] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]

Cirugías Si [ ] No [ ] 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 **PACIENTE VIENE A EXAMEN CON GAFAS ACTUALIZADAS HACE 08** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.	**20/25**	**0.75 M**		**20/40**	**TITULO**
O.I.	**20/30**	**1 M**		**20/50**	**TITULO**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.	**+1.50**	**-1.00**	**0º**	**+2.75**
O.I.	**+1.50**		**º**	**+2.75**

Examen Externo

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

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **EXO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMALES** Versiones **NORMALES** PPC **NORMAL**

Oftalmoscopia

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

Test Ocupacionales

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

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	**SRX N**	-		+
O.I:	**SRX +1.00**	-		+

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	[ ]	[X]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[X]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H524 - PRESBICIA - Tipo de diagnóstico: Confirmado repetido - Observación: CORREGIDA

H530 - AMBLIOPIA EX ANOPSIA - Tipo de diagnóstico: Confirmado repetido - Observación: LEVE CORREGIDA OI

Diagnóstico principal: H523 - ANISOMETROPIA Y ANISEICONIA - Tipo de diagnóstico: Confirmado repetido - Observación: CORREGIDA

Recomendaciones

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

Valoración Normal [X] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** USO OBLIGATORIO D ELENTES PERMANENTES PARA SU LABOR Y EXAMEN PERIODICO ANUAL.

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

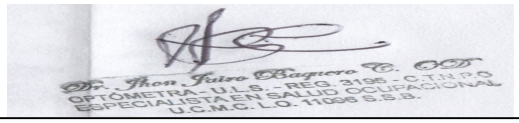
Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

OPTOMETRÍA

Ingreso ☐
Egreso ☐
Periódico ☐
Caso ocupacional ☐

Fecha historia 22/01/2026 07:18:00

Vía de ingreso: Derivado de consulta externa
Finalidad de la consulta: Diagnostico
Causa externa: Enfermedad general



JOHN JAIRO BAQUERO CASTRO
Especialidad: OPTOMETRA OCUPACIONAL
CC: 80054593 RM: 3195 LOC11096

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **22/01/2026**

Doc. Identidad **CC 52303231** Nombre **ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS** Fecha Nacimiento. **17/09/1976**
Entidad **PARTICULAR** Edad **49 años** Ocupación **PSICÓLOGOS.**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa PARTICULAR Cargo PSICÓLOGOS. Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn EPS COMPENSAR ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **08 MESES** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL (X) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo (X) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminucíón visual de cerca (X) Disminucíón visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **PACIENTE VIENE A E XAMEN CON GAFAS ACTUALIZADAS HACE 08 MESES Y SE REALIZA LENSOMETRIA**

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	**20/25**	**0.75 M**			
OI	**20/30**	**1 M**			
AO					

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	**+1.50**	**-1.00**	**0º**	
OI	**+1.50**		**º**	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival / Pterigio N	( )	( )
Pterigio T / Pinguécula / Nevus / Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica / Secreción / Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral / Otros: **SANO**	( )	( )

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **EXO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC: **NORMAL**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMSAL**
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMAL**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	( )	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H523 ANISOMETROPIA Y ANISEICONIA CORREGIDA
H524 PRESBICIA CORREGIDA
H530 AMBLIOPIA EX ANOPSIA CORREGIDO LEVE OI

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

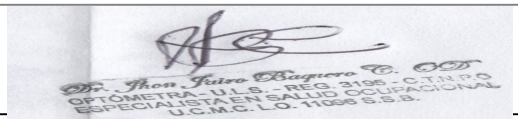
RECOMENDACIONES
USO OBLIGATORIO D ELENTES PERMANENTES PAAR SU LABOR Y EXAMEN PERIODICO ANUAL

OBSERVACIONES
USO OBLIGATORIO D ELENTES PERMANENTES PAAR SU LABOR Y EXAMEN PERIODICO ANUAL

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

VISIOMETRÍA Fecha examen: **22/01/2026**



JOHN JAIRO BAQUERO CASTRO
Especialidad: OPTOMETRA OCUPACIONAL
CC: 80054593 RM: 3195 LOC11096

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

Doc. Identidad: **52303231** Nombre: **ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS** Fecha Nacimiento: **17/09/1976**
Entidad: **PARTICULAR** Edad: **49** Ocupación: **PSICÓLOGOS.**
Fondo de Pensión: EPS: **COMPENSAR** ARL:

Empresa: **PARTICULAR** Cargo: **PSICÓLOGOS.**	Antigüedad del cargo **15 AÑOS**	Antigüedad en la empresa **1 VEZ**

HISTORIA OCUPACIONAL

CARGO	MANIPULACIÓN DE CARGAS				POSTURA HABITUAL				MOV. Repetitivos	
	< 12kG	12 - 25	26 - 50	> 50kg	Sentado	De pie	Caminando	Otro	SI	NO
PSICÓLOGOS.	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐		☒	☐

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
NINGUNA	**NINGUNA**	**NINGUNAN**	**INGUNA**

REVISIÓN POR SISTEMAS

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Cervicalgia	☐	☒	Artralgia	☐	☒	Tendinitis	☐	☒
Dorsalgia	☐	☒	Parestesias	☐	☒	Limitación Funcional	☐	☒
Lumbalgia	☐	☒	Edema	☐	☒	Inflamación	☐	☒

OBSERVACIONES:

NINGUNA

EXAMEN FÍSICO

BIOTIPO: Ectomórfico ☐ Endomórfico ☒ Mesomórfico ☐

Talla **166** Peso **86** Imc **31.21** Interpretación **Obeso**

COLUMNA VERTEBRAL

VISTA LATERAL:	Normal	☒	Cifótica	☐	Lordótica	☐	Aplanada	☐	Cifolordótica	☐	
VISTA PA:	Alineada	☒	Escoliosis Dorsal	☐	Escoliosis Lumbar	☐	Doble escoliosis	☐			

EXAMEN DE COLUMNA VERTEBRAL

Palpación(Dolor o espasmo)	**NO**
Marcha Punta	**NORMAL**
Marcha Latón	**NORMAL**
Flexión Lateral	**NORMAL**
Rotación	**Normal**

EXAMEN DE ARTICULACIONES (Edema, Limitación, Inflamación, Dolor)

Dedos manos	**Normal**
Muñecas	**Normal**
Codos	**Normal**
Hombros	**Normal**
Caderas	**Normal**
Rodillas	**Normal**
Tobillos	**Normal**
Dedos pies	**Normal**

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

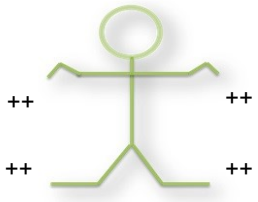
EXAMEN OSTEOMUSCULAR

BALANCE MUSCULAR

MÚSCULO	R	F	MÚSCULO	R	F	MÚSCULO	R	F
Pectoral Mayor		**4**	Para Espinales		**4**	Ext. de Caderas		**4**
Flexores de cadera		**4**	Isquitiabiales		**4**	Cuadriceps		**4**
Triceps Sural		**4**	Abdominales		**4**	Trapecios		**4**

(R) Retracción: L: Leve
M: Moderada S: Severa

(F) Fuerza: 0 - 1: Incapaz de realizar movimiento
2: Movimiento si ninguna oposición (Incluida Gravedad)
3: Puede vencer la acción de la gravedad
4 - 5: Movimiento contra resistencia

ACTIVIDADES EXTRALABORALES	PRUEBA		OBSERVACIONES
	LASSEGUE	☐	**Normal**
	TINEL	☐	**Normal**
	PHALEN	☐	**Normal**
	SCHOBER	☐	**Normal**
	CLASIFICACIÓN	☐	**Normal**
	WELLS	☐	**Normal**

DIAGNÓSTICO

Sano osteomuscular	**Normal**
Columna cervical	**Normal**
Columna Dorso-Lumbar	**Normal**
Miembros superiores	**Normal**
Miembros inferiores	**Normal**
Sistema osteomuscular	**Normal**
Neurológico general	**Normal**

CALIFICACIÓN

	SI	NO		SI	NO
Susceptibilidad Individual	☐	☒	Sospecha de enfermedad de origen común	☐	☒
Susceptibilidad Laboral	☐	☒	Programa de vigilancia epidemológica	☐	☒
Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☒			

CONDUCTA

	SI	NO		SI	NO
Seguimiento Cada			Reubicación	☐	☒
Calificación de origen	☐	☒	Calificación de Invalidez	☐	☒
Valor por ortopedia IPS	☐	☒	Procedimiento Quirúrgico	☐	☒

SE REALIZA EVALUACION OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES. SE RECOMIENDA LA ACTIVIDAD FISICA. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y TENER ADECUADOS HABITOS POSTURALES

Mónica Jiménez López
Fisioterapeuta
Esp. en Prevención de Riesgos Laborales
Licencia en SO. No. 1953

MONICA ZULAY JIMENEZ LOPEZ
Especialidad: FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL
CC: 52423176 RM: LIC1953

compensar | salud
Plan Complementario

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066942-7

Certifica

El(la) señor(a) ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52303231, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parent	Estado	Vigencia	Plan	Valor Mensual
ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS	CC - 52303231	TR	Vigente a la fecha	Desde 01/11/2025 Hasta 31/10/2026	PC ESPECIAL CON POS	$ 179.550
LUIS FELIPE GIRALDO ROMERO	CC - 79645970	CY	Vigente a la fecha	Desde 01/11/2025 Hasta 31/10/2026	PC ESPECIAL CON POS	$ 179.550
JULIAN RICARDO GIRALDO ROMERO	CC - 80209554	HI	Vigente a la fecha	Desde 01/11/2025 Hasta 31/10/2026	PC ESPECIAL CON POS	$ 247.800
LAURA DANIELA GIRALDO HURTADO	CC - 1013682175	HI	Vigente a la fecha	Desde 01/11/2025 Hasta 31/10/2026	PC ESPECIAL CON POS	$ 179.550
					Total Mensual Grupo Familiar	**$ 786.450**

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 23 días del mes de febrero de 2026.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 13717515

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52303231, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/11/2025 hasta 31/10/2026 por el cual ha cancelado la suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHENTA PESOS 2.992.080,00 A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/11/2025 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
24416061	20260116	$ 786,450
24416062	20260216	$ 786,450
23936041	20251217	$ 709,590
23936040	20251114	$ 709,590
Total		**$ 2,992,080**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 23 días del mes de febrero de 2026.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13538719

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Id: 62BB0305-FAB2-D9C9-BEA2-49D66000CFC4

BANCO COOMEVA S.A.

Identificado con Nit:

900.406.150 - 5

Dirección : Calle 13 No. 57-50

Teléfono : 333 00 00

Santiago de Cali

Certificado de Créditos

Hipotecario

CERTIFICA :

Que al 31 de diciembre de 2024 por concepto de crédito hipotecario, el cliente GIRALDO ROMERO LUIS FELIPE identificado(a) con CC/CE/NIT/TI 79645970 presentaba:

1) Crédito Hipotecario de Vivienda

Número De Crédito	N. 02934621600	
Monto Inicial Crédito		210,000,000.00
Saldo a Diciembre 31 A¦o Anterior		196,954,077.00
Saldo a Diciembre 31 A¦o Gravable		191,672,042.00
Pagos De Capital Del Período		5,282,035.00
Valor Intereses Pagados Del Período		7,740,748.00
Valor Intereses Pagados Del Período por Mora		
Valor intereses pagados Tasa Subsidiada		9,070,165.00
Valor Otros Conceptos Pagados		4,314.00

Monto Máximo Deducible (No Excederá De 1200 UVT 56,478,000.00 a¦o 2024) 7,740,748.00

Otros titulares, codeudores o deudores solidarios del crédito:

79,645,970	GIRALDO ROMERO LUIS FELIPE
41,591,034	ROMERO DE GIRALDO DORALBA
52,303,231	HURTADO OLIVEROS ERIKA ROCIO

Se omite firma autógrafa según Artículo 10 Decreto R. 836/91

La presente certificación se expide el 2025-05-17

Notas:
1. Este certificado anula y reemplaza cualquier otro expedido con anterioridad a la misma persona o entidad, por el mismo a¦o y concepto.
2. Este certificado se emite en cumplimiento de nuestro deber de informar y no exime al titular de su responsabilidad de aplilicar las diferentes normas tributarias vigentes, dependiendo de cada caso en particular