

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) DIRECCIÓN GENERAL SENA FONDO EMPRENDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		1					
			Código Centro		505255					
			Fecha Elaboración		Febrero de 2026					
			Versión		ENERO - 1,26					
			ID de Proceso		57470-647011					
DATOS DEL CONTRATISTA										
Nombres y apellidos:		MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ		Banco a consignar:		DAVIVIENDA				
Cédula de Ciudadanía		1.049.631.440		Tipo de cuenta:		AHORROS				
Correo electrónico:		mchaparro@sena.edu.co		Número de Cuenta:		570177670010756				
IP/N° 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										
N° del contrato:		9142193/2026		N° Compromiso SIIF	9726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11			
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYO ADM Y GEST: 01-9-2026-005234 , PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA PARA EL SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN DE LOS CONTRATOS DE COOPERACIÓN EMPRESARIAL								
DATOS PERIODO DEL PAGO										
Mes:		Febrero		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 81.400.000				
Número de pago		1		Valor Total del Contrato:		\$ 81.400.000				
Valor Bruto Pago:		\$ 7.400.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 74.000.000				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO										
Ingresos por honorarios		\$ 7.400.000		Ninguno		0,00%				
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 7.400.000				\$ 0				
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 4.905.900		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		4.905.900,00	TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		N/A		Base retención en la fuente a titulo de ICA		6.556.400,00		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.960.000		\$ 0		Valor base IVA		0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 370.000		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 473.600		\$ 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		\$ 15.500		\$ 0		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		63.335,00	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		\$ -						-	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						-	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						-	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -						-	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -				-	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505		\$ 1.635.000				-	0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0						-	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00		
						VALOR A PAGAR		\$7.336.665,00		
SON: SIETE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE										
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO										
Se realizo revisión de los ID - 98280 y 99825, de cámara de comercio y RUT										
Se asistió a las capacitaciones virtuales de interventores y enlaces 2026										
Se realizo informe de la validación de los documentos entregados hasta la fecha por los beneficiarios										
Se Realizo revisión a las convocatorias vigentes del fondo emprender y su normatividad.										
Se realizo informe de seguimiento a los proyectos asignados.										
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						<div></div>				
						MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO										
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago. El Supervisor,				
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						Genny Andrea Garcia Pereira				
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;						Firmado digitalmente por GENNY ANDREA GARCIA PEREIRA Fecha: 2026.02.25 11:26:30 -05'00'				
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.						Genny Andrea Garcia Pereira TECNICO G01				
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 ELSA AURORA BOHORQUEZ VARGAS DIRECTORA DE EMPLEO Y TRABAJO										



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 Mayra Carolin Chaparro Suarez, identificado(a) con CC número 1049631440, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1049631440
NOMBRES Y APELLIDOS	Mayra Carolin Chaparro Suarez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	27/09/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1049631440 MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ Desde 14/03/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 7167831 JUAN MAURICIO MALDONADO BARRETO Desde 13/12/2025 Hasta 05/01/2026CEDULA DE CIUDADANIA 1049631440 Trabajador Independiente Desde 12/03/2025 Hasta 12/03/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1049631440 MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ Desde 01/04/2024 Hasta 28/02/2025

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.631.440**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ identificado con CC. 1049631440 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 - 8999999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/01	Fecha inicio contrato	2026/02/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/31
Riesgo	1	Código actividad económica	1701001 - ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION EMPRESARIAL, INCLUYE LA SUPERVISION, LA GESTION DE OTRAS UNIDADES DE LA
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Activo

Esta certificación se expide a los 17 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: **CC17022026M1049631440C9505845**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de





ANEXO 1

Bogotá, febrero de 2026

Señora

GENNY ANDREA GARCÍA PEREIRA

SUPERVISORA CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.9142193**

Cargo del supervisor TECNICO G01

Coordinadora Nacional de Emprendimiento

Dirección Nacional de Empleo y Trabajo

Asunto: Presentación de afiliaciones y cronograma
de pago de planillas.

Cordial saludo,

Me permito informar que para el primer informe de pago presenté la respectiva afiliación a salud, pensión y ARL, en cumplimiento de los requisitos contractuales establecidos. Asimismo, comunicó que la planilla de aportes se presentará mes anticipado o en curso, siguiendo el siguiente cronograma:

MES	EVIDENCIA DE PAGO
FEBRERO	FEBRERO
MARZO	MARZO
ABRIL	ABRIL
MAYO	MAYO
JUNIO	JUNIO
JULIO	JULIO
AGOSTO	AGOSTO
SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE
OCTUBRE	OCTUBRE
NOVIEMBRE	NOVIEMBRE
DICIEMBRE	DICIEMBRE

Agradezco su atención y quedo atenta a cualquier observación o instrucción adicional.

Firma *Mayra Chaparro*
MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ
CONTRATISTA
C.C. No. 1.049.631.440



CERTIFICADO

**MOSQUERA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese**

17/02/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1049631440**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570177670010756
Fecha de apertura	03/09/2015

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 11-46-101104337, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BOGOTÁ, D.C., a los 28 días del mes de Enero de 2026


FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com



NIT. 860.009.578-6

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVE ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCACIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCACIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARÁN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERÁN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGUADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	28/01/2026	174346	POLANIA VEGA CIA LTDA
Tomador: MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ					NIT/CC 1049631440
Suma de:		TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE.*****			
Pagador: MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ					NIT/CC 1049631440
Por concepto de:		APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #851794779			
Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
11-BOGOTA-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101104337-0-1	\$20.472,66	\$8.000,00	\$5.409,80	\$0,00	\$33.882,46
Otros conceptos de pago					Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES					\$33.882,00
APROVECHAMIENTOS					\$-0,46
Forma de pago					
Ahorro:		\$0,00			
				Corriente:	\$0,00
				Tarjeta:	\$0,00
				Otro:	\$0,00
Transacción: 17909616				Total:	\$33.882,00
				Cajero:	PAGUESTADO

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141101014877



(415)7707212489984(8020) 000014110101487 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 4 9 6 3 1 4 4 0

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

2 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 4 9 6 3 1 4 4 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Boyacá

1 5

30. Ciudad/Municipio

Tunja

0 0 1

31. Primer apellido

CHAPARRO

32. Segundo apellido

SUAREZ

33. Primer nombre

MAYRA

34. Otros nombres

CAROLIN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Boyacá

1 5

40. Ciudad/Municipio

Tunja

0 0 1

41. Dirección principal

TV 2 E 64 74 BRR MUISCAS AP 101 BL 7

42. Correo electrónico

mayrachaparro28@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 2 1 7 7 2 8 7

45. Teléfono 2

3 1 2 4 8 2 8 3 3 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 6 0 8 1 1

Actividad secundaria

48. Código

4 7 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 6 0 8 1 1

Otras actividades

50. Código

1 2

4 2 9 0 4 7 5 2

Ocupación

51. Código

1 3 1 4

52. Número establecimientos

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 ordinario

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:

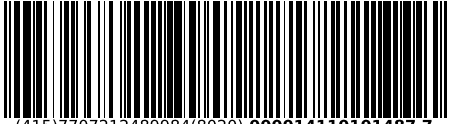
Mayra Chascp.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

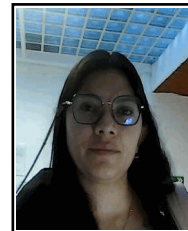
985. Cargo

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario		Página 2 de 2 Hoja 2	
				(415)7707212489984(8020) 000014110101487 7	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional	
1 0 4 9 6 3 1 4 4 0		4		Impuestos y Aduanas de Tunja	
				14. Buzón electrónico	
				2 0	
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	
Constitución, Registro y Última Reforma					
Documento		1. Constitución		2. Reforma	
71. Clase		0 9			
72. Número					
73. Fecha		2 0 1 6 0 8 1 1			
74. Número de notaría					
75. Entidad de registro		0 3			
76. Fecha de registro		2 0 1 6 0 8 1 1			
77. No. Matrícula mercantil		0 0 1 4 2 9 8 1			
78. Departamento		1 5			
79. Ciudad/Municipio		3 8			
Composición del Capital					
Vigencia				82. Nacional	
80. Desde					
81. Hasta				83. Nacional público	
				84. Nacional privado	
				85. Extranjero	
				86. Extranjero público	
				87. Extranjero privado	
Entidad de vigilancia y control					
88. Entidad de vigilancia y control					
Estado y Beneficio					
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV	
1				-	
2				-	
3				-	
4				-	
5				-	
Vinculación económica					
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	
				96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante					
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP					



INGENIERÍA MÉDICA DEL TRABAJO IPS

Nit: 901298933-4
Carrera 14 # 17 -51 Duitama- Boyacá
Cel.314 451 3124 y 313 346 0908
informacion@ingemedt.com
web: ww.ingemedt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.117

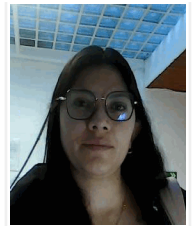
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	12 MES	2024 AÑO	DUITAMA (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
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)							
CHAPARRO SUAREZ MAYRA CAROLIN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	32 AÑOS 2 MESES 7 DÍAS	CC	1049631440
						Tipo	Número
Cargo INGENIERA AMBIENTAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
OPTOMETRIA				✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR		
AUDIOMETRIA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE						CONTROL DE PESO : SE DAN RECOMEDACIONES DE DIETA Y ACTIVIDAD FISICA REGULAR	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE RECOMIENDA USO DE MASCARILLA NASOBUCAL, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES, INFORMAR CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD ASOCIADO A COVID-19.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al Medico (a) E.S.O., abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Medico (a) E.S.O. , abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas, verídicas y no he omitido información. Autorizo al Medico (a) E.S.O para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: CELY DIAZ MONICA MAGALLY				Nombre: CHAPARRO SUAREZ MAYRA CAROLIN			
R. M.: 1020737134				CC: 1049631440			
L.S.O.: 5475 DE 2017							
				Código de Seguridad L615R1X11117			



INGENIERÍA MÉDICA DEL TRABAJO IPS

Nit: 901298933-4
Carrera 14 # 17 -51 Duitama- Boyacá
Cel.314 451 3124 y 313 346 0908
informacion@ingemedt.com
web: www.ingemedt.com

AUDIOMETRIA



DATOS PERSONALES

Atención N°: 8049

Fecha: 05/12/2024 Ciudad: DUITAMA (BOYACÁ, COLOMBIA)
Tipo Examen: EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: SANITAS
CC: 1049631440 Nombre: CHAPARRO SUAREZ MAYRA CAROLIN Edad: 32 AÑOS 2 M Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 28/09/1992 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INGENIERA AMBIENTAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
INDEPENDIENTE	INGENIERA AMBIENTAL	NINGUNA	NO APLICA	0	8

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	MANOS LIBRES
DISCOTECA	SI	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 5 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiómetro utilizado: AUDIOMETRO MAICO MA 28 F. Última Calibración: 2024-11-01

○ : Vía aérea del OD ✕ : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

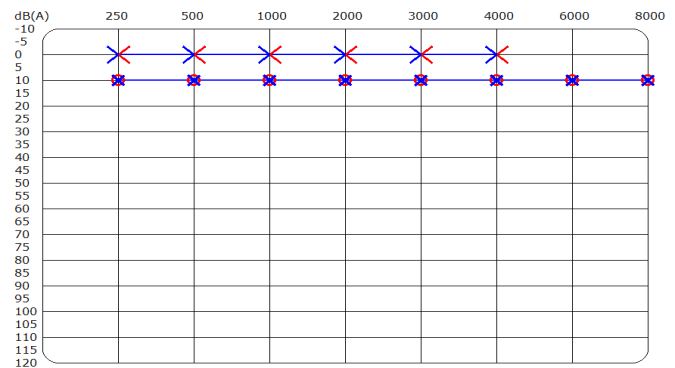
OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A) 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000

VAOD	10	10	10	10	10	10	10	10
VAOI	10	10	10	10	10	10	10	10
VOOD	0	0	0	0	0	0		
VOOI	0	0	0	0	0	0		



SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Concepto

UMBRAL AUDITIVO NORMAL BILATERAL

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO USE PROTECCIÓN AUDITIVA	
---	--

Observaciones

NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: VALDERRAMA RIVERA CLARA INES

R. M.: 819

L.S.O.:

Firma:

Nombre: CHAPARRO SUAREZ MAYRA CAROLIN

CC

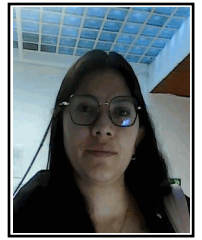
1049631440

2 Chas



INGENIERÍA MÉDICA DEL TRABAJO IPS

Nit: 901298933-4
Carrera 14 # 17 -51 Duitama- Boyacá
Cel.314 451 3124 y 313 346 0908
informacion@ingemedt.com
web: ww.ingemedt.com



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 8,405

Fecha: 05/12/2024 Municipio: DUITAMA (BOYACÁ, COLOMBIA) CC: 1049631440 Nombre: CHAPARRO SUAREZ MAYRA CAROLIN Edad: 32 AÑOS 2
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INGENIERA AMBIENTAL Empresa: PARTICULARES
Eps: SANITAS Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 6 MESES
Lugar del Último Examen: TUNJA Motivo Consulta: INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	FISICO, BIOMECANICO, ERGONOMICO VISUAL
LENTES DE CONTACTO	SI
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	USO PERMANENTE
TRAE RX	SI, GAFAS
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO VISUAL CON RX ÓPTICA, USO PERMANENTE, ALTERNA RX EN GAFAS Y LENTES DE CONTACTO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 150	0.5M	N/A	NO APLICA		20/20	0.5M
O.I:	NO APLICA	20/150	0.5M	N/A	NO APLICA		20/20	0.5M
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA		N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: LEVE INFLAMACIÓN E HIPEREMIA EN CONJUNTIVA BUBLAR ZONAS EXPEUSTAS, PUPILA REACTIVA A LUZ Y A ACOMODACIÓN.

OJO IZQUIERDO: LEVE INFLAMACIÓN E HIPEREMIA EN CONJUNTIVA BUBLAR ZONAS EXPEUSTAS, PUPILA REACTIVA A LUZ Y A

ACOMODACIÓN.

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL

VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL, NO SE EVALÚAN DETALLES

OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL, NO SE EVALÚAN DETALLES

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' =

OJO DERECHO: K' =

REFRACCIÓN

OJO DERECHO -2.50-0.50*10

OJO IZQUIERDO -2.25

RX FINAL

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **40 SEG DE ARCO CON RX ÓPTICA**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

REQUIERE USO PERMANENTE DE RX ÓPTICA, TRABAJAR DURANTE LA JORNADA LABORAL CON RX ÓPTICA, CONTINUAR CON RX ÓPTICA EN USO, CONTROL ANUAL

OPTOMETRA



ELIZABETH RAMIREZ MERCHAN
OPTOMETRISTA, A.F.E.-S
BOGOTÁ, 1975

Firma: _____

Nombre: RAMIREZ MERCHAN ELIZABETH

R. M.: 46673798 L.S.O.: _____

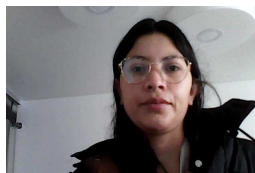
PACIENTE



Firma: _____

Nombre: CHAPARRO SUAREZ MAYRA CAROLIN

CC: 1049631440



CREADSALUD BOYACA S.A.S.

NIT. 826.001.733-1

CALLE 16 N° 15 - 43. TEL. 7605484- 3202309048- 3153160085

DUITAMA - BOYACA -e-mail: info@creadsaludboyaca.com



Nombre Paciente: Mayra Carolin Chaparro Suarez

Identificacion

1049631440

Codigo Unico Paciente:

49631

Empresa:

PARTICULARES

Fecha Nacimiento:

28/09/1992

Direccion:

Cra. 7 No. 19-94 Duitama

Página 1 de 1

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:		Ciudad:	Fecha Consulta	
78185	Femenino	30	Años	Soltero	Postgrado		TUNJA	13/05/2023 08:03:00	
Objetivo:	Ingreso		E.P.S.:	SANITAS		A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INGENIERA AMBIENTAL
Contrato:				Clasificacion del Riesgo:		CLASE I		Estrato:	[2] - Bajo

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

☒ Sin restricciones médicas para el cargo según profesiograma	☐ Con restricciones para el cargo según profesiograma (ver restricciones)
☐ Con recomendaciones médicas para el cargo según profesiograma	☐ Aplazado: Presenta condición que requiere tratamiento o valoración antes de Ingreso
☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en Alturas	☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en Espacios Confinados
☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo con Riesgo Eléctrico	☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en Temperaturas Extremas
☐ Sin Restricciones Médicas para Conducción de Vehículos	☐ Sin Restricciones Médicas para Manipulación de Alimentos
☐ Sin Restricciones Médicas para Operar maquinaria pesada	☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en alturas mayores a 2500mts
☐ Sin Hallazgos a la Evaluación Médica	☐ Presenta Diagnostico de Enfermedad Laboral Calificada (Con Soporte)
☐ Presenta Diagnostico de Accidente de trabajo (Con Soporte)	☐ Sin Diagnostico de Enfermedad Laboral o secuelas por accidente de trabajo
☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo con Manejo de Químicos	☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo con Radiación Ionizante
☐ Con Restricciones Médicas para Conducción de Vehículos	☐ Presenta Diagnostico de Accidente de trabajo (Sin Soporte)
☐ Presenta Diagnostico de Enfermedad Laboral Calificada (Sin Soporte)	☐ Con Restricciones Médicas para trabajo en Alturas
☐ Con Restricciones Médicas para trabajo en Espacios Confinados	☐ Con Restricciones Médicas para trabajo con Riesgo Eléctrico
☐ Con Restricciones Médicas para trabajo en Temperaturas Extremas	☐ Con Restricciones Médicas para Manipulación de Alimentos
☐ Con Restricciones Médicas para trabajo con Manejo de Químicos	☐ Con Restricciones Médicas para trabajo con Radiación Ionizante

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA CLINICA, OPTOMETRIA - VALORACION VISUAL, ESPIROMETRIA, GLICEMIA, TRIGLICERIDOS, COLESTEROL TOTAL.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple Con el Perfil del Profesiograma para el Cargo Sin Restricciones..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Corrección óptica con anteojos. SALUD OCUPACIONAL: Control de Salud ocupacional periódico, Higiene Postural, Utilización EPP. Incluir en PROGRAMAS DE PYP: SVE Riesgo Visual. Durante la emergencia covid 19 la empresa debe asegurar el cumplimiento de medidas de bioseguridad.

Certifico que el (la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizado en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará Creadsalud Boyacá S.A.S., para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a Creadsalud Boyacá S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, y para las situaciones contempladas en la misma legislación.

13/05/2023 05:13:23 08:14:20

NATHALIA JAIME - C.C. 1018402424 / RM: 1018402424 l.s.o. 190

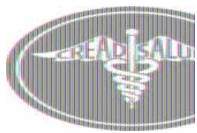
13/05/2023 09:54:06

Generado por SGMI - TERRASOFT,
NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

13/05/2023 05:13:23 09:54:06

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho



CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.
EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
NIT 826.001.733-1

Nombre: Mayra Carolin Chaparro Suarez
No. Identificacion: 1049631440
Edad: 30 Años **Sexo:** Femenino

Fecha: 13/05/2023 **SID-AUDIO : 51348**
Empresa: PARTICULARES **Particular**
Cargo / Tipo: Ingeniera Ambiental **Ingreso**

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual: Ingeniera Ambiental **Tiempo de Servicio:** No Refiere
Ruido Laboral: Ninguno **Proteccion Auditiva:** Ninguna
Cargo Anterior: No Refiere **Tiempo Servicio:** No Refiere
Empresa: No Refiere **Ruido Laboral:** No Refiere
Proteccion Auditiva Utilizada: No Refiere
Ultimo Examen de Audiometria: 3 AÑOS
Reporte Ultimo Examen: NORMAL

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido

Servicio Militar: Si ☐ No ☒ **Tiro al Blanco:** Si ☐ No ☒
Moto: Si ☐ No ☒ **Tejo:** Si ☐ No ☒
Carro: Si ☒ No ☐ **Walkman / Ipad / Auriculares mp3:** Si ☒ No ☐
Avion / Helicoptero: Si ☐ No ☒ **Discoteca:** Si ☐ No ☒
Natacion: Si ☐ No ☒ **Otros:** Si ☐ No ☒
Otros Cual: No Refiere Otras Actividades Extralaborales con Exposición al Ruido



III. Antecedentes Personales

TC - TCE: Si ☐ No ☒ **Diabetes:** Si ☐ No ☒
Paperas: Si ☐ No ☒ **Sarampion:** Si ☐ No ☒
HTA: Si ☐ No ☒ **Paralisis Facil:** Si ☐ No ☒
Meningitis: Si ☐ No ☒ **Cefaleas:** Si ☐ No ☒
Rubeola: Si ☐ No ☒ **Otros:** Si ☐ No ☒
Otros Cual?: No Refiere Otros Antecedentes Personales

IV - Antecedentes Otológicos

Otalgia: Si ☐ No ☒ **Otitis:** Si ☐ No ☒
Otorrea: Si ☐ No ☒ **Cirugias de Oido:** Si ☐ No ☒
Acufenos / Tinnitus: Si ☐ No ☒ **Hipoacusia:** Si ☐ No ☒
Vertigo: Si ☐ No ☒ **Rinitis:** Si ☐ No ☒
Sensacion de Oidos Tapado: Si ☐ No ☒ **Sinusitis:** Si ☐ No ☒
Infecciones: Si ☐ No ☒ **Alteraciones Vias Respiratorias:** Si ☐ No ☒
Tapon de Cerumen: Si ☐ No ☒ **Otros:** Si ☐ No ☐
Otros: No Refiere Otros Antecedentes Otológicos

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ☒ Si ☐ No **Hace Cuanto Tiempo:** No Aplica
Igual por los dos Oidos: ☒ Si ☐ No
Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ☐ No ☒
Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ☐ No ☒
Otras: No Refiere Otro Tipo de Morbilidad al Ruido
Morbilidad al Ruido:
El Ruido le Molesta: Si ☐ No ☒
Le causa Dolor de Cabeza: Si ☐ No ☒
Le produce mal Genio: Si ☐ No ☒
Le produce Desmotivacion: Si ☐ No ☒
Interfiere su concentracion: Si ☐ No ☒

OTOSCOPIA		
PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

Reposo Auditivo: Si ☒ No ☐ Horas Reposo: 12

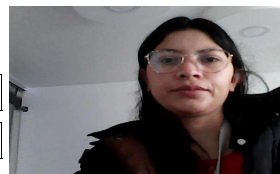
Descripcion: DUITAMA

Audiocups: ☒

Equipo: MAICO MA42

Fecha Calibracion: 13/10/2022

Cabina: ☒



OIDO DERECHO VIA AEREA

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-10							
-5							
0							
5							
10							
15							
20							
25							
30							
35							
40							
45							
50							
55							
60							
65							
70							
75							
80							
85							
90							
95							
100							
105							
110							

OIDO IZQUIERDO VIA AEREA

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-10							
-5							
0							
5							
10							
15							
20							
25							
30							
35							
40							
45							
50							
55							
60							
65							
70							
75							
80							
85							
90							
95							
100							
105							
110							

UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz								PROMEDIO TONOS PUROS (dB)
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Oido Derecho	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Oido Izquierdo	10	5	5	5	5	5	15	10	5

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								PROMEDIO TONOS PUROS (dB)
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000		
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Impresion
Fonoaudiologica

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Impresion
Diagnostica

[CIE10-Z011]:EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Clasificacion
Ocupacional:

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

Conducta:

Valoriacion por O.R.L. ☐

Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐

O.I.: ☐

O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐

Insercion: ☐

Doble Proteccion.: ☐

Conducir con
Ventanilla Cerrada: ☐

Control:

En 1 Año: ☒

En 6 Meses: ☐

En 3 Meses: ☐

Sal May 2023 05/13/23 07:08:33

Sal May 2023 05/13/23 08:40:56



Evaludor: DIANA L. LEON / R.M. 1052406110

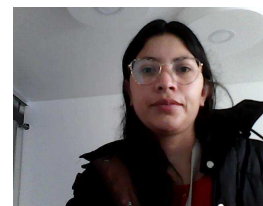
FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

Indice Derecho



Nombre: Mayra Carolin Chaparro Suarez
No. Identificacion: 1049631440
Edad: 30 Años **Sexo:** Femenino

Fecha: 13/05/2023 8:23:00 AM **SID : 28410**
Empresa: PARTICULARES **Particular**
Cargo / Tipo: Ingeniera Ambiental **Ingreso**



MAYRA CHAPARRO

HISTORIA CLINICA ESPIROMETRIA

1. ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL

MATERIAL ORGANICO	SI	NO
Trabajo con Granos, Cereales y Harinas	☐	☒
Trabajador de la Madera	☐	☒
Trabajador de la Industria del Algodon	☐	☒
Fabricas de encimas detergentes	☐	☒
Manipulacion de Animales	☐	☒
Otros	☐	☒

MATERIAL INORGANICO	SI	NO
Trabajos en Minas de Carbon	☐	☒
Trabajo en Minas de Hierro	☐	☒
Trabajo en Canteras	☐	☒
Trabajo en Cementeras	☐	☒
Trabajo en Molinos	☐	☒
Trabajos de Tipografia	☐	☒
Trabajos de Soldadura	☐	☒
Trabajo en el Area de Petroleos	☐	☒
Otros	☒	☐

2. ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO
Congenitos	☐	☒
Neurologicos	☐	☒
Cardiologicos	☐	☒
Respiratorios	☐	☒
Vasculares	☐	☒
Otorrinolaringologicos	☐	☒
Traumaticos	☐	☒
Quirurgicos	☐	☒
Toxicos	☐	☒
Alergicos	☐	☒
Infecciosos	☐	☒
Medicamentos	☐	☒

3. HÁBITOS

	SI	NO
Fumador	☐	☒
ExFumador	☐	☒
Practica Ejercicio	☐	☒
Consume Licor	☐	☒
Usa Proteccion Respiratoria	☒	☐

No. de Cigarrillos al Dia _____

Observaciones Historia / Ingreso:

4. REPORTE ESPIROMETRICO

Normal

RECOMENDACIONES

USO DE EPR - INCLUIR EN SVE RESPIRATORIO

FIRMA PACIENTE / TRABAJADOR

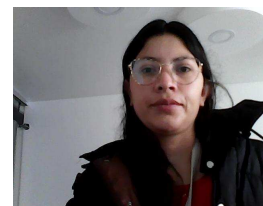
FIRMA DEL EXAMINADOR



Nombre: Mayra Carolin Chaparro Suarez
No. Identificacion: 1049631440
Edad: 30 Años **Sexo:** Femenino

Fecha: 13/05/2023 8:23:00 AM **SID : 28410**
Empresa: PARTICULARES **Particular**
Cargo / Tipo: Ingeniera Ambiental **Ingreso**

REPORTE ESPIROMETRICO



MAYRA CHAPARRO



Indice Derecho



ALTURA

169

PESO

70

Test	Valor Hallado	Valor Predicho	Porcentaje del Valor Predicho
Capacidad Vital Forzada - C V F(Lt)	4.78	4.09	117
Volumen Espiratorio Forzado Primer Seguro - V E F 1 (Lt)	3.38	3.43	98
V E F 1 / CVF(%) Indice Tiffeneau	70.8	84.4	84
Flujo Espiratorio Forzado - FEF 25-75(Lt / Seg)	2.51	3.61	69

Escala de Interpretacion Utilizada: Morris ☒ Knudson ☐ Hankinson ☐

INTERPRETACION ESPIROMETRICA: Normal

OBSERVACIONES: USO DE EPR - INCLUIR EN SVE RESPIRATORIO

Procesador Por: MARISOL N.
13/05/2023 08:23:47



CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.
EXAMEN DE OPTOMETRIA
NIT 826.001.733-1

Nombre: Mayra Carolin Chaparro Suarez
No. Identificacion: 1049631440
Edad: 30 Años **Sexo:** Femenino

Fecha: 13/05/2023 12:00:00 AM **SID-VISIO : 53420**
Empresa: PARTICULARES **Particular**
Cargo / Tipo: Ingeniera Ambiental **Ingreso**

Cargo: Ingeniera Ambiental **Area:** OPERATIVO **Antigüedad:** _____

A. Personales Visuales: No Refiere

A. Familiares Visuales: MADRE Y HERMANAS

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: MEDIO AMBIENTE, VIDEOTERMINALES.

Usa Anteojos: ☒ Si ☐ No **Bifocal:** ☐ Si ☒ No **LDC:** ☐ Si ☒ No

Tipo de Uso : Permanente **Trae Rx:** ☒ Si ☐ No

Ultimo Examen: 2022 **Ultimo Diagnostico:** MIOPIA

RX EN USO **TIPO DE LENTE:** MONOFOCALES

OD: -1.25-0.50*30

AV: _____

OI: -1.25-0.25*40

AV: _____

Sintomatologia: MALA VISION DE LEJOS, SE DESPLAZO CAMINANDO, NO CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE COVID.

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correccion		Sin Correccion		PH
	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
Snellen Numeros	O.D.: 20/20	0.5M	O.D.: 20/100	0.5M	O.D.:
	O.I.: 20/20	0.5M	O.I.: 20/70	0.5M	O.I.:
	A.O.: 20/20	0.5M	A.O.: 20/70	0.5M	A.O.:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO

OI: SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO

VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal

PPC: 10 CMS

Observaciones

Motilidad

Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: SANO

OI: SANO

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: 8.28/8.03*5

ME: _____

OI: 8.45/8.23*10

ME: _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: -2.25-0.25*0

AV: _____

OI: -2.25-0.25*175

AV: _____

Retinoscopia: _____

Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: NORMAL OI: NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X Anormal: _____

☐ Corregido

☐ No Corregido

☐ Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	-2.25	-0.25	0 °	20/20
	IZQUIERDO	-2.25	-0.25	175 °	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE:					
CLASE DE FILTRO:					

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION EN AO

Impresion Diagnostica: ASTIGAMTISMO CON MIOPIA ALTA EN AO

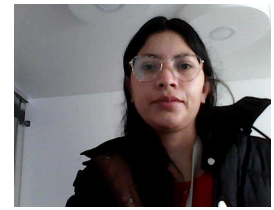
Observaciones: CORRECCION OPTICA CON ANTEOJOS.

Evaluador: MYRIAM MERCES JAIME / Tarjeta profesional 118 del CTD
Sal May 2023 05/13/2 Lic. S.O. 2086 del 2012

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho



Nombre: MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUARE **SID : 43859**
No. Identificacion: 1049631440
Edad: 30 Años **Sexo:** Femenino
Nro. Ordenamiento: 95906

Fecha de Recepcion: 13/05/2023 08:00:25
Fecha de Impresion: 13/05/2023 02:49:05 pm
Entidad: PARTICULARES
Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad de Medida	Valor Biologico de Referencia
1. Glicemia Metodo: Enzimático - Colorimétrico	75.9	mg/dl	60-110 mg/dl
2. Trigliceridos Metodo: Enzimático - Colorimétrico	71	mg/dl	Hasta 150 mg/dl
3. Colesterol Total Metodo: Enzimático - Colorimétrico	90	mg/dl	Menores a 200 mg/dl

Validado: YULLY A. CORREDOR
BACTERIOLOGA - 691



Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ

C.C 1.049.631.440

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 12 de enero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público



Código: 769424537000



Hace constar:

Que el Sr(a) MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049631440 realizó el día 15/02/2026 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049631440 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) MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049631440 el día 15/02/2026 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



ANEXO 3

Bogotá, febrero de 2026

Señores
Dirección Administrativa y Financiera
Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA
Dirección General
Bogotá D.C

Asunto: Notificación método de aplicación retención en la fuente.

Yo **MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ** identificada con CC. 1.049.631.440 de Tunja, de acuerdo con lo mencionado en la Circular No. 3-2024-000016 – “Cálculo de retención en la fuente sobre rentas de trabajo” y en relación a lo dispuesto en la Ley 2277 de diciembre 13 de 2022 y el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023, es preciso indicar que, para efectos de aplicar retención en la fuente a título de renta, en los pagos que realice el SENA, manifiesto que al momento de hacer mi declaración de renta me acogeré al:

• Artículo 383 E.T.: ☒
Deducciones tributarias por ingresos laborales gravados.

• Artículo 392 y 401 E.T.: ☐
Deducciones por utilización de costos y gastos

Mencionado lo anterior, para efectos de la retención en la fuente aplicable a los servicios personales que presto al Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, solicito que dicha retención se efectúe conforme a las tarifas establecidas en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

Atentamente,

Firma *Mayra Chaparro*
MAYRA CAROLIN CHAPARRO SUAREZ
CONTRATISTA
C.C. No. 1.049.631.440