



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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	951310
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	01779-467365

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	ANA MARCELA GOMEZ LOPEZ	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.010.177.179	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	amgomezl@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24062351339
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?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	8956725/2026	Nº Compromiso SIIF	7126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 24.477.068
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 38.215.809
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 19.739.571

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.140.497</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	80488455	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - CHIA	33.579,00	0,800%
				0,00	0%
				0,00	0%
				0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 31.031.595	\$ 1.047.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.033.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.703.918,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Alistamiento de plataforma para fichas en inducción asignadas de los programas de gestión contable e información financiera
Orientación de evidencias en la fichas programadas según cronograma de ejecución de la formación para la competencia de emprendimiento
Revisión y calificación de evidencias recibidas a través de la plataforma zajuna para la competencia de emprendimiento
Aprobación de juicios de evaluación relacionados con las evidencias correspondientes a la competencia de emprendimiento
Asistencia a reuniones programadas por el equipo de competencias transversales
Asistencia a reuniones convocadas por los Equipos Ejecutores de la Formación
Acciones de permanencia en las fichas base asignadas de animación 3D y gestión contable y de información financiera

**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

**ANA MARCELA GOMEZ LOPEZ  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**LEONARDO LUCHINI MORERA  
INSTRUCTOR G08**

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  
GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010177179	ANA MARCELA GOMEZ LOPEZ		cra 2a #17 a sur 34	3108732221	gomeza.eco@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80488455	06/05/2026	1	2
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$666.800	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	236.900	116.800		0		0	0	0	0	353.700	3

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	353.700	353.700
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>666.800</b>	<b>666.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010177179	ANA MARCELA GOMEZ LOPEZ		cra 2a #17 a sur 34	3108732221	gomeza.eco@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80488455	06/05/2026	1	2
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$666.800	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	UPV	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1010177179	GOMEZ LOPEZ ANA MARCELA	59	0			N																	231001	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS008	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	TI 1023924816	ORTIZ LOPEZ ANDRES	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	EPS008	0	30	58.400		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0		
3	TI 1023924817	ORTIZ LOPEZ SEBASTIAN	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	EPS008	0	30	58.400		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0		

PAGADA



CALLE 67 NO. 10 A -40 TERCER PISO BOGOTA D.C.  
TEL. 60157140641

## ESTADO DE SALUD

<b>NOMBRE:</b>	<b>ANA GOMEZ</b>	<b>C.C.:</b>	<b>1010177179</b>
<b>SEXO:</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>EMPRESA:</b>	<b>SENA</b>
<b>FECHA:</b>	<b>1.11.23</b>	<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>TIPO DE EXAMEN:</b>	<b>INGRESO</b>	<b>CARGO:</b>	<b>CONTRATISTA / INSTRUCTORA</b>

Según la revisión de la Historia Clínica de la persona arriba mencionada, contado con la anuencia de la misma para el desarrollo de este Certificado y considerando la ley de manejo de datos personales, podemos realizar las siguientes observaciones:

### 1. ESTADO CARDIOVASCULAR:

Teniendo en cuenta los resultados del Perfil lipídico realizados en el Laboratorio Clínico y el procedimiento médico en Medicina Ocupacional realizado al aspirante, podemos decir que en el actual momento la persona tiene un aceptable estado de salud cardiovascular.

**Observaciones: NORMAL**

### 2. ESTADO OSTEOMUSCULAR:

Al examen, observando los procedimientos realizados en consultorio como son examen de miembros superiores e inferiores, columna en general, se considera que en el momento la persona tiene un aceptable estado de salud osteomuscular presentando en el momento discopatía L4 y L5 ya tratada.

**Observaciones: NORMAL**

### 3. ESTADO VISUAL/OPTOMETRICO

Realizadas las pruebas que involucran el estado visual en el momento, de la persona examinada, se informa:

	Sin corrección óptica		Con corrección óptica	
	Visión lejana	Visión próxima	Visión lejana	Visión próxima
<b>OJO DERECHO</b>	20/25	.50		
<b>OJO IZQUIERDO</b>	20/25	.50		
<b>AMBOS OJOS</b>	20/20			

### OBSERVACIONES

USO EXIGIDO DE LENTES	CONSULTA OPTOMETRICA	CONSULTA OFTALMOLOGICA	DESCANSO VISUAL
LENTE CON FILTRO U.V.	LENTE CON ANTIRREFLEJOS	LENTE TRANSICION	NORMAL - CONTROL EN UN AÑO X

### 4. ESTADO PSICOSOCIAL

Realizadas las pruebas para determinar su componente psicosocial, se considera un normal comportamiento de la persona evaluada

**Observaciones: NORMAL**

### 5. LABORATORIO CLINICO

*Realizadas las pruebas ordenadas, se encuentran las mismas dentro de los parámetros normales*

En general, es importante tener una disciplina de hábitos saludables, buena higiene postural, revisión médica, una dieta conforme y ejercicio rutinario, descanso auditivo y visual. La certificación se expide a solicitud del interesado en la fecha y ciudad indicadas.

ARWIN RODRIGUEZ C.  
MED. EST. S.O  
R.M. 852246

## Resultados Laboratorios



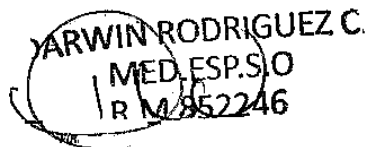
**Fecha:** 31/Oct/2023, **Hora:** 09:03:06 a.m.  
**Apellido:** Gomez Lopez      **Nombre:** Ana Marcela  
**Tipo Doc:** CC      **Nro Identidad:** 1010177179  
**Empresa:** Particular  
**Emp. Usuaría:** SENA  
**Cargo:** INSTRUCTORA  
**Dirección:** Cr 2 A 17 A Sur 34 Int 6 (203)  
**Telefono:** 310 873 22 21    **Celular:**    **Email:**    **Estado Civil:** Soltero (a)  
**Ciudad:** Bogota D.C. - San Cristóbal

**HC:** # 21580  
**Edad:** 35 años  
**Sexo:** Femenino ♀  
**Nacim:** 20/May/1988  
  
**Rh:** O+

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
--------	-----------	-----------------------

### Perfil Lipidico

<b>Colesterol Total</b>	<b>142</b> mg/dl	0 a 200 mg/dl
<b>Colesterol H.D.L.</b> Alto riesgo menor de 35 mg/dl	<b>46</b> mg/dl	> 55 mg/dl
<b>Colesterol L.D.L.</b> Riesgo moderado menor de 150 mg/dl Alto riesgo mayor a 150 mg/dl	<b>76.8</b> mg/dl	0 a 160 mg/dl
<b>Trigliceridos Serico</b>	<b>96</b> mg/dl	< 160 mg/dl



**DARWIN JOSE RODRIGUEZ CONSUEGRA**  
 Medico Ocupacional  
 Lic. de S.O #: 4061/19  
 Registro #: 4061/19



Ana Marcela Gomez Lopez  
 CC 1010177179



Huella  
 Digital

## Resultados Laboratorios



**Fecha:** 31/Oct/2023, **Hora:** 09:03:06 a.m.

**Apellido:** Gomez Lopez

**Tipo Doc:** CC

**Empresa:** Particular

**Emp. Usuaría:** SENA

**Cargo:** INSTRUCTORA

**Dirección:** Cr 2 A 17 A Sur 34 Int 6 (203)

**Teléfono:** 310 873 22 21

**Celular:**

**Email:**

**Estado Civil:** Soltero (a)

**Ciudad:** Bogota D.C. - San Cristóbal

**Nombre:** Ana Marcela

**Nro Identidad:** 1010177179

**HC:** # 21580

**Edad:** 35 años

**Sexo:** Femenino ♀

**Nacim:** 20/May/1988

**Rh:** O+

EXAMEN

RESULTADO

VALORES DE REFERENCIA

### Glicemia

Glicemia Basal

74 mg/dl

70 a 110 mg/dl

DARWIN RODRIGUEZ C.  
 MED. ESP. S.O  
 R M 852246

**DARWIN JOSE RODRIGUEZ CONSUEGRA**

Medico Ocupacional

**Lic. de S.O #:** 4061/19

**Registro #:** 4061/19

Ana Marcela Gomez Lopez

CC 1010177179



Huella

Digital

## Certificado de Aptitud Ingreso Laboral Docente



**Fecha:** 31/Oct/2023, **Hora:** 09:03:06 a.m.  
**Apellido:** Gomez Lopez      **Nombre:** Ana Marcela  
**Tipo Doc:** CC      **Nro Identidad:** 1010177179  
**Empresa:** Particular  
**Emp. Usuaria:** SENA  
**Cargo:** INSTRUCTORA  
**Dirección:** Cr 2 A 17 A Sur 34 Int 6 (203)  
**Telefono:** 310 873 22 21      **Celular:**      **Email:**      **Estado Civil:** Soltero (a)  
**Ciudad:** Bogota D.C. - San Cristóbal

**HC:** # 21580  
**Edad:** 35 años  
**Sexo:** Femenino ♀  
**Nacim:** 20/May/1988  
  
**Rh:** O+

### Exámenes Realizados

Audiometria Tamiz	Normal	Visiometria	Normal	Glicemia	Normal	Examen Medico Ocupacional
Osteomuscular	Normal	Perfil Lipidico	Normal	psicologico prueba	Normal	Valoración cardio vascular
Valoración neurológica						

### Concepto

**Apto**  
**Enfasis Neurológico, Cardíaco, Dérmico, Respiratorio:** Normal  
**Enfasis Osteomuscular:** Movimientos Conservados, Actualmente En Tratamiento.

### Recomendaciones

#### S.V.E.

\* Sve Osteomuscular

#### Estilo de Vida Saludable

\* Tenga En Cuenta Su Autocuidado, Su Seguridad En El Trabajo, Piense Que Usted Tiene Una Familia Que Depende De Su Labor Y Que Le Ama, Cuidese Por Ese Valor, Use Los Elementos De Protección Personal, Siga Las Indicaciones Seguras En Su Puesto De Trabajo, Protéjase Y Proteja A Los Demás.

#### Medicas

\* Falta Completar Esquema Vacunación Covid 19 Y/o Refuerzos.

#### Laborales

\* Docentes, Cuidar Las Manos Humectándolas Con Cremas Especializadas, Vigilar El Estado De Salud De Las Cuerdas Vocales, Realizar Pausas Activas Para El Adecuado Descanso De La Fonación Y Músculos Asociados A Dicha Acción. además Al Estar Mucho Tiempo De Pie O Sentado, Realizar Ejercicios Para Activar La Circulación En Los Miembros Inferiores. realizar Pausas Para El Descanso Osteomuscular Y Visual, Realizar Ejercicios Específicos Para Evitar Posibles Complicaciones Con El Túnel Del Carpo, Controlar Su Agudeza Visual.

### Observaciones

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:

- 1) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de Junio de 2009 del cual transcriben a continuación algunos apartes: "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estara a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".
- 2) "En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexas copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
- 3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas
- 3) S.I.S. OCUPACIONAL es responsable del tratamiento de datos personales atendiendo los deberes de seguridad y confidencialidad ordenados por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

**JARWIN RODRIGUEZ C.**  
**MED. ESP.S/O**  
**R M 852246**






**DARWIN JOSE RODRIGUEZ CONSUEGRA**

Medico Ocupacional

**Lic. de S.O #:** 4061/19

**Registro #:** 4061/19

Ana Marcela Gomez Lopez

CC 1010177179

Huella

Digital

**CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL**

FECHA 25-ago.-2025 HORA 15:10:40

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

**INFORMACIÓN GENERAL:**

Nombre del Trabajador: Ana Marcela Gomez Lopez

Edad 37 años 3 meses 5 días

Documento de Identificación: CC Número: 1010177179

Cargo DOCENTE



APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

**EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

**Otras Recomendaciones:** 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de descansos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral.

MEDICO: Normal. MUSCULOESQUELETICO: NORMAL. PSICOSOCIAL: Trabajador sano o con hallazgos clínicos que no generan Pérdida de capacidad laboral ni limita el normal ejercicio de su labor. Persona ajustada a la realidad, emocionalmente equilibrado, no se evidencia ningún rasgo ni estado fuera de lo normal, sin embargo, se sugiere trabajar pausas activas durante la jornada, se evidencia presencia de algunos estados y rasgos del riesgo psicosocial que pueden estar presentes en el paciente por lo cual se sugiere realizar de manera preventiva capacitaciones del riesgo psicosocial, manejar estilos de vida saludables.

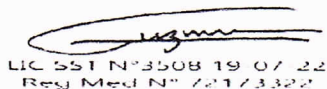
REMISIÓN A EPS?: NO.

CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

**Médico**



LIC SST N°3508 19 07 22  
 Reg Med N° 72173327

Firma

Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

RM. LIC.SST#3508 de 19-0 Lic.SO:

**Trabajador**

Firma

Nombre: Ana Marcela Gomez Lopez

CC N° 1010177179

