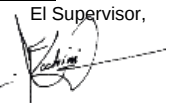
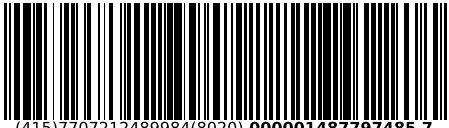


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	25			
			Código Centro	951310			
			Fecha Elaboración	Abril de 2026			
			Versión	ENERO - 1,26			
			ID de Proceso	10010-307199			
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos: LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA		Banco a consignar: BANCOLOMBIA					
Cédula de Ciudadanía 52.487.696		Tipo de cuenta: AHORROS					
Correo electrónico: luzmarleny@live.com		Número de Cuenta: 87043423995					
IP/Nº de contacto: 3102440063		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		NO			
¿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: Ninguno							
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%							
DATOS DEL CONTRATO							
Nº del contrato: 8960153/2026		Nº Compromiso SIIF 6726		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11			
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 01/04/2026 Al 30/04/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 39.794.975			
Número de pago 3		Valor Total del Contrato:		\$ 48.796.219			
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 35.057.478			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios \$ 4.737.497		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.737.497				\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.140.497		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Abril		Marzo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		73106568	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200	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		\$ 9.900	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% \$37.927.505		\$ 1.047.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.986.000							
Retención en la Fuente Contingente \$					Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
					VALOR A PAGAR	\$4.703.918,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Se impartió formación en las Fichas							
3186165 Gestión Integral del Transporte							
3104835 Coordinación de procesos Logísticos							
3104837 Coordinación de procesos logísticos							
3387770 Operaciones Comerciales en Retail							
3387779 Operaciones Comerciales en Retail							
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:					 LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA EL CONTRATISTA		
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							
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;					 LEONARDO LUCHINI MORERA INSTRUCTOR G08		
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.							
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)							

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14877974857		 (415)7707212489984(8020) 000001487797485 7	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 4 8 7 6 9 6		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 5 2 4 8 7 6 9 6	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido VELANDIA		32. Segundo apellido BARAHONA		33. Primer nombre LUZ	
34. Otros nombres MARLENY		35. Razón social			
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Sopó 7 5 8	
41. Dirección principal DG 6 6 33 TO 15 AP 404 CON CERRO FUERTE II					
42. Correo electrónico luzmarleny@live.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 0 2 4 4 0 0 6 3		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código 7 4 9 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 5, 1 2, 1 8		48. Código 8 5 4 4	
49. Fecha inicio actividad 2 0 1 6, 0 6, 0 1		50. Código 1 7 0 2 0		51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros		Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		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		61. Fecha 2022-11-23 / 10:53:28AM	
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.		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:		Firma autorizada:			
		984. Nombre VELANDIA BARAHONA LUZ MARLENY			
		985. Cargo CONTRIBUYENTE			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52487696	LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA		Dg 6 6 33 To ap 404	8711709	luzmarleny@live.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOPÓ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73106568	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$550.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
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
TOTALES	3	550.000	550.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52487696	LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA		Dg 6 6 33 To ap 404	8711709	luzmarleny@live.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOPÓ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73106568	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$550.000	

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	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SJA	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 52487696	VELANDIA BARAHONA LUZ MARLENY	59	0		N																	230901	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS017	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

641845 45290

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S



NIT 8320054448
 Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Telefono 8660839/8830139
 eMail



Paciente: LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA
 Identificación CC 52487696 Fecha de Nacimiento 07/04/1977 Género FEMENINO
 Dirección DIAGONAL 6 N 6-33 TORRE 15 APA 404 ISERR Edad Actual 47 A
 Aseguradora PARTICULAR 1 Telefono 3102440063
 Fecha Ingreso 11/01/25 15:24

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen Ciudad Tipo de Examen Otro
 11/01/2025 CAJICA - CUNDINAMARCA Pre-Ingreso
 Razon social de la empresa que lo contrato o contratara Razon social de la empresa en que labora, laborará o laboró
 PARTICULAR 1 SENA
 Cargo Area o Sede
 INSTRUCTOR TALENTO HUMANO

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	X Osteomuscular	Riesgo vascular
Manipulador de alimentos	Alturas	Otro? Cual?

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
X Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de Aplazamiento
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

* ALTERACIÓN LEVE DE LA AGUDEZA VISUAL, NO REQUIERE USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA DURANTE JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA USO D EPROTECCION OPTICA, CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA * ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO DE LOS LIPIDOS QUE NO INTERFIERE CON SU LABOR, REQUIERE VALORACIÓN POR NUTRICIÓN, DIETA Y EJERCICIO CARDIOVASCULAR; CONTROL SEMESTRAL DE PERFIL LIPÍDICO POR SU E.P.S. HASTA LOGRAR VALORES NORMALES.

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesigramas o perfil para el cargo:	SI	NO	X		

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONDUCTA

X Examen Médico	Examen Radiologico	NA Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patología diagnóstica
X Audiometría	¿Cuál(es)?	NA Continuar manejo actual y control por EPS
Espirometría		NA Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
X Optometría		NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
Electrocardiograma		NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS
Exámen Psicosenométrico	X Exámenes de Laboratorio	NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paracénfisis
Otro?Cual?	¿Cuál(es)?	*NA = No Aplica
PSICOLOGIA	CH PERFIL LIPIDICO GLICEMIA	Amplie su conducta
		EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

641845 45290

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

2



NIT 8320054448
 Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Telefono 8660839/8830139
 eMail

RECOMENDACIONES

X Exámen Ocupacional Anual X Higiene postural X Uso de elementos de protección personal X Pausas Activas
 Reingreso laboral Reubicación Rehabilitación profesional
 Otro? Cual?

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(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 CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 párrafo del Artículo 10 - Minprotección)

Dra. Carolina Martínez Vidal
 Especialista en Salud Ocupacional
 RM. 52997233
 LSO 8476 / 22

Luiz Marleny Velandia Barahona

MEDICO
 Firma Carolina Martínez Vidal
 CAROLINA MARTINEZ VIDAL
 Registro Médico RM 52997233
 Licencia salud ocupacional LSO 8476/22

ASPIRANTE O TRABAJADOR
 Firma Luiz Marleny Velandia Barahona
 LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA
 Documento de identidad CC 52487696

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

641847

45290

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

11/01/25

1



Central de Servicios Médicos Cajica S.A.S.

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail

Paciente: LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA

Identificación CC 52487696

Fecha de Nacimiento 07/04/1977 Edad Actual 47 A

Género FEMENINO

Dirección DIAGONAL 6 N 6-33 TORRE 15 APA 404 ISERR

3102440063

Acompañante/Acudiente

NINGUNO

Usuario

Aseguradora PARTICULAR 1

Fecha del Examen 11/01/2025 Ciudad CAJICA

Tipo de Examen PREIN

Razón social empresa que lo contrato o contratara

Centro de Trabajo (Sede)

PARTICULAR 1

SENA - INSTRUCTOR

INFORMACION PERSONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGIA VISUAL

Ha tenido cirugías o traumas oculares? NO

Presenta actualmente molestias en los ojos? NO

Está expuesto a riesgos ocupacionales Oculares en el car NO

Usa en el cargo actual elementos de protección ocular? NO

Problemas de Refracción NO

Corregido NO Tipo de Corrección

Frecuencia de uso

Tiempo de Evolución

Lensometría de Rx en uso

OD

OI

Tipo de Lente

EVALUACION VISIOMETRIA

Ojo Derecho			Ojo Izquierdo			Ambos Ojos		
20=547638 NO	25 = 428576 NO	30 = 943852 NO	20 = 745932 NO	25 = 578236 NO	30 = 346752 NO	20 = 857432 NO	25=674235 NO	30=382457 NO
40=795823 NO	50 = 357248 NO	60 = 7236 NO	40 = 534268 NO	50 = 752386 NO	60 = 6254 NO	40 = 563472 NO	50=859423 NO	60=8927 NO
70=9574 NO	100 = 92 NO	200 = 5 NO	70 = 8453 NO	100 = 85 NO	200 = 3 NO	70 = 2978 NO	100 = 43 NO	200=9 NO

Percepción del Color: 4 1 6 3

EVALUACION OPTOMETRIA**Dial No 2 AGUDEZA VISUAL**

Letras	SI	Numeros	E Direccional	NO	Uso de corrección en el examen	NO	Visión Lejana		Visión Próxima	
							OD	20/20	0.5M	
							OI	20/20	0.5M	
							AO	20/20	0.5M	

Dial No 3 RETINOSCOPIA

Ojo Der.

N-0.50*0

Ojo Izq.

N-0.50*0

SUBJETIVO

Ojo Der.

Ojo Izq.

Dial No 4 QUERATOMETRIA

Ojo Der.

Ojo Izq.

Dial No 5 FORIAS

LATERAL Normal SI VERTICAL Normal SI

Dial No 6 VISION PEREFERICA

EVALUADA NO Normal NO

Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR

EVALUADA SI Normal SI

Dial No 8 ESTEREOPSIS

Dial No 8 ESTEREOPSIS

TEST DE LA MOSCA

Angulo a 40 cm en seg de Arco

800

140

600

100

400

80

60

50

40 X

Dial No 9 EVALUACION SEGMENTO EXTERNO

Ojo Derecho Anormal NO Tipo SIN ALTERACION

Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo SIN ALTERACION

Dial No 10 OFTALMOSCOPIA

Ojo Derecho Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE

Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE

641847 45290

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

11/01/25

2



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 860839/8830139

e-mail

PATOLOGIA DE REFRACCION

	Lejos		Cerca	
	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Agudeza Visual Normal	X			X
Adecuadamente Corregida				
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida				
No requiere Corrección				
Visión de profundidad	Normal SI	Percepción de Colores	Normal SI	
Fonías	Normal SI	Visión Periférica	Normal NO	
Cumple requerimiento ocupacional	SI	Debe usar corrección para laboral	NO	
Observación	SE RECOMIENDA RX DE PROTECCION			
Diagnóstico	ASTIGMATISMO BAJO AO			
Remisión a:	Ortópica NO	Oftalmología NO	Contactología NO	Control en 1 AÑO
OBSERVACIONES				

APTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paradiagnóstico(s), registrado(s) en este documento.

El/la doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paradiagnóstico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, los limitaciones y riesgos del examen médico y/o paradiagnóstico(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 tiene la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realice el/los examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará UNIDOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en esta(s) examen(es) están completas y son verídicas. UNIDOS SALUD para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de julio 2007 párrafo del Artículo 10 -

Evaluated

Firma

SONIA LIZETTE BALLESTEROS POVEDA
Registro Médico 1018435574

Sonia Ballesteros Poveda
Optómetra
TLP 1018435574
2745 CTNPO

Lucy Poveda

Firma Aspirante o Trabajador

LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA
Documento de identidad CC 52487696



RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO

11/01/25

1

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

E-Mail

Fecha 11/01/2025 Edad 47 A
Paciente: VELANDIA BARAHONA LUZ MARLENY
Dirección DIAGONAL 6 N 6-33 TORRE 15 APA 404 ISERR
Teléfono 3102440063 Identificación CC 52487696
Aseguradora PARTICULAR 1

COLESTEROL TOTAL

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL:	226	Menor de 200 mg/dl
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL):	65.4	H: 30-70 mg/dl M: 30-80
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL):	134	< 140 mg/dl
TRIGLICERIDOS:	132	Menor de 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL:	26	2-30 mg/dl

QUIMICA CLINICA

CREATININA SERICA:	.	H: 0.70-1.30 M: 0.60-1.0
GLICEMIA BASAL:	111	70-110 mg/dl
GLICEMIA POST PRANDIAL:	.	
Observaciones:	.	
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (GOT)	.	HASTA: 40 U/L
TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA (GPT)	.	HASTA: 40 U/L
Observaciones:	.	
HORA DE TOMA DE MUESTRA:	8:30	
HORA ENTREGA DE RESULTADO:	10:30	

Lorena del Pilar Vega Castro
Bacterióloga y Laboratorio Clínico
T.P. 91422444 S. C. S.

BACTERIOLOGA



RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO

11/01/25

1

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

E-Mail

Fecha 11/01/2025

Edad 47 A

Paciente: VELANDIA BARAHONA LUZ MARLENY

Dirección DIAGONAL 6 N 6-33 TORRE 15 APA 404 ISERR

Teléfono 3102440063

Aseguradora PARTICULAR 1

Identificación CC 52487696

CUADRO HEMATICO TIPO IV

CUADRO HEMATICO TIPO IV

WBC	7.0	4.5-11.0 $\times 10^9/L$
Lymph#	2.8	0.4-4.8 $\times 10^9/L$
Mid#	0.7	
Gran#	3.5	0.9-8.4 $\times 10^9/L$
Lymph%	40.5	15.0-40.0 %
Mid%	10.6	3.0-10.0 %
Gran%	48.9	30.0-70.0 %
HGB	14.0	11.0-18.0 g/dL
RBC	4.52	4.00-5.90 $\times 10^{12}/L$
HCT	41.5	32.0-54.0 %
MCV	91.9	83.0-98.0 fL
MCH	30.9	25.0-33.0 pg
MCHC	33.7	28.0-36.0 g/dL
RDW-CV	12.9	8.0-12.0 %
RDW-SD	45.4	35.0-56.0 fL
PLT	292	150-450 $\times 10^9/L$
MPV	8.9	6.0-16.0 fL
PDW	15.6	6.0-10.0
PCT	0.259	%
Observaciones:	.	
-	.	
-	.	
-	.	
-	.	
-	.	
-	.	
-	.	
-	.	
-	.	
-	.	
-	.	
-	.	

Lorena del Pilar Vega Castro
Bacteriología y Laboratorio Clínico
T.M. 21222013 S.C.S

BACTERIOLOGIA

Cajicá, 11 de enero de 2025

Señores
SENA
Ciudad
CAJICA, CUNDINAMARCA

Respetados señores

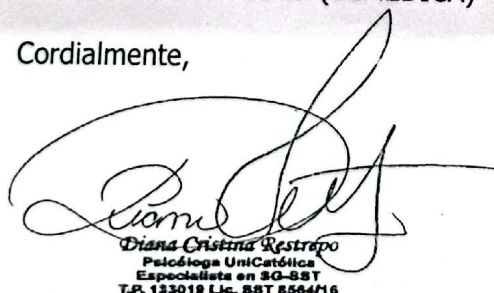
Una vez se llevó a cabo la aplicación e interpretación de la prueba **PSICOMETRICA** a la señora **LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA**, identificada con cédula de ciudadanía número **52.487.696 DE BOGOTÁ**, concluye que los resultados no evidencian la presencia de rasgos de personalidad negativos, ni alteraciones cognitivas que le impidan desarrollar adecuadamente sus funciones y/o afecten la convivencia laboral. Al momento de la entrevista, cuenta con adecuada orientación intrapsíquica y alopsíquica, sus capacidades de atención, concentración, memoria, pensamiento y lenguaje, no evidencian ningún tipo de alteración. Su comprensión es adecuada y su hilaridad en su narrativa es coherente, luego se encuentra entre los parametros normales. Se evidencia un pensamiento estructurado y analítico, condiciones que favorecen la toma de decisiones en su labor como instructor SENA. Adicionalmente no se identificó ningún tipo de consumo o dependencia a sustancias psicoactivas en concordancia con lo evaluado. Se conceptua;

Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

Apto sin recomendaciones

Si se requiere información adicional puede comunicarse con la CENTRAL DE SERVICIOS MÉDICOS CAJICA S.A.S (CEMEDICA)

Cordialmente,



Diana Cristina Restrepo
Psicóloga UniCatólica
Especialista en SG-SST
T.P. 133019 Lic. SST 8564/16

Diana Cristina Restrepo
Psicóloga Esp. SG-SST
T.P.Nº 133019
LSST. 8564

Dirección: Calle 4 # 3 A - 05 Cajicá - Cundinamarca

PBX: 8660839 - 8830139 - 8661022 - 8637330 Cel. 3103430937 - 3118972562

E mail: csmcajica@cemedica.com.co - csmcajica@hotmail.com

www.cemedica.com.co