



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	97842-141668

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA LILIANA DUARTE GAMARRA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	40.046.461	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	slduarte@sena.edu.co	Número de Cuenta:	79331757930
IP/Nº de contacto:	3044633314	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

Nº del contrato:	8948866/2026	Nº Compromiso SIIF	5226	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	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 35.057.478
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 48.796.219
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 30.319.981

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
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.785.747	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	6014727401	Base retención en la fuente a título 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 Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 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	\$ 473.750	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.688.000	\$ -			
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

Cumplí a cabalidad todas las obligaciones contractuales y oriente FPI en las fichas programadas por la Coordinación Académica:
apoyando como instructora vocera en la modalidad virtual las fichas:
3104835 y 3104837 del programa Tecnología en Coordinación de Procesos Logísticos,
3186165 del programa Tecnólogo en Gestión Integral del Transporte,
3336037 del programa Técnico en Programación de Software
3336202 y 3336203 del programa Tecnólogo en Análisis y Desarrollo de Software

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

**SANDRA LILIANA DUARTE GAMARRA
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)**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40046461	NÚMERO PLANILLA:	6014727401	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CAJICA	DEPARTAMENTO:	SANDRA DUARTE	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	DIAGONAL 3 SUR # 7 - 96 TORRE 1 APTO 504	TELÉFONO:	CUNDINAMARCA	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	263294968
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	5555555	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/29		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 303.200
SUBTOTALES:										\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 303.200

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900
SUBTOTALES:										\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900	\$ 9.900
SUBTOTALES:										\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 37.900	\$ 0	\$ 37.900								
SUBTOTALES:					\$ 37.900	\$ 0	\$ 37.900						

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE				NOVEDADES												PENSIÓN												SEGURIDAD SOCIAL								SALUD				ARP				PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
1	CC 40046461	DUARTE GAMARRA SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.895.000			NO																	230201-PROTECCIÓN	30	1.895.000	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 303.200	EPS008-COMPENSAR	30	1.895.000	\$ 236.900	\$ 0	\$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.895.000	\$ 9.900	\$ 37.900	30	1.895.000	SCCF24-COMPENSAR	\$ 37.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 587.900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 40046461
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		SANDRA DUARTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	CAJICA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 3 SUR # 7 - 96 TORRE	TELÉFONO: 5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6014727401	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 263294968

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 303.200
SUBTOTAL:			1	\$ 303.200

SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 236.900
SUBTOTAL:			1	\$ 236.900

CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 37.900
SUBTOTAL:			1	\$ 37.900

RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.900
SUBTOTAL:			1	\$ 9.900

VALOR SIN MORA:	\$ 587.900
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 587.900



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Chía, 11 de mayo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el párrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1028444073	Edgar Santiago Bernal Duarte	HIJO
-------------	-------------------	-------------------------------------	-------------

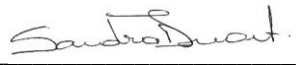
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA 
Nombre: Sandra Liliana Duarte Gamarra
C.C.No.: 40.046.461

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

54851348

NUIP 1.028.444.073

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial **54851348**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código **A B R**

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE USAQUEN-CL REINA SOFIA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido: **BERNAL** Segundo Apellido: **DUARTE**
 Nombre(s): **EDGAR SANTIAGO**

Fecha de nacimiento: Año **2014** Mes **JUN** Día **12** Sexo (en letras): **MASCULINO** Grupo sanguíneo: **O** Factor RH: **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección):
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo: **12792234-5**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: **DUARTE GAMARRA SANDRA LILIANA**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 40.046.461** Nacionalidad: **COLOMBIA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **BERNAL SANCHEZ EDGAR HUMBERTO**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 80.407.152** Nacionalidad: **COLOMBIA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: **BERNAL SANCHEZ EDGAR HUMBERTO**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 80.407.152** Firma: **EDGAR BERNAL**

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: _____

Documento de Identificación (Clase y número): _____ Firma: _____

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: _____

Documento de Identificación (Clase y número): _____ Firma: _____

Fecha de inscripción: Año **2014** Mes **JUN** Día **12**

Nombre y firma del funcionario que autoriza: **FILADELFO VERASQUEZ BARRERA - REG**

Reconocimiento paterno: Firma: **EDGAR BERNAL**

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: _____

ESPACIO PARA NOTAS

12.JUN.2014 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 02 FOLIO 0247.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.028.444.073**

BERNAL DUARTE

APELLIDOS

EDGAR SANTIAGO

NOMBRES

Santiago B
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

12-JUN-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

24-JUN-2021 CAJICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



O+ **M**
G S RH SEXO



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1503100-01242640-M-1028444073-20210702 0074822736A 2 8502264477

642100 184286

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S



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



Paciente: SANDRA LILIANA DUARTE GAMARRA
 Identificación CC 40046461
 Dirección DIAG 3 SUR N° 7-96 CAIJCA
 Aseguradora PARTICULAR 1
 Fecha de Nacimiento 22/09/1978
 Género FEMENINO
 Edad Actual 46 A
 Telefono 3044633314
 Fecha Ingreso 13/01/25 16:37

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
14/01/2025	CAJICA - CUNDINAMARC	Pre-Ingreso	
Razon social de la empresa que lo contrato o contratara		Razon social de la empresa en que laborará, laborará o laboró	
PARTICULAR 1		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
Cargo		Area o Sede	
INSTRUCTOR		VENTAS	

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

* ALTERACION VISUAL QUE REQUIERE CORRECCION OPTICA PERMANENTE Y CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA* ALTERACIÓN VASCULAR LEVE EN MIEMBROS INFERIORES , REQUIERE USO DE MEDIAS COMPRESIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, VALORACION Y MANEJO POR EPS* AUMENTO DE PESO CORPORAL QUE NO INTERFIERE CON SU LABOR, SE RECOMIENDA DIETA Y EJERCICIO, REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR* ALTERACION SUBCUTANEA EN MIEMBRO SUPERIOIR NO LIMITANTE PARA SU LABOR SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR EPS

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:

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
Optometría		NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
X Electrocardiograma		NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS
Exámen Psicosenométrico	X Exámenes de Laboratorio	NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos
Otro?Cual?	¿Cuál(es)?	*NA = No Aplica
VISIOMETRIA / PSICOLOGIA	P LIPIDICO GLICEMIA	Amplie su conducta
		EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS



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



RECOMENDACIONES

<input checked="" type="checkbox"/> Exámen Ocupacional Anual	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural	<input checked="" type="checkbox"/> Uso de elementos de protección personal	<input checked="" type="checkbox"/> 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 mi 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 paraclínicos 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 paraclínicos 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. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) 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 parágrafo del Artículo 10 - Minprotección)

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

MEDICO

Firma

CAROLINA MARTINEZ VIDAL

Registro Médico
RM 52997233

Licencia salud ocupacional
LSO 8476/22

Firma ASPIRANTE O TRABAJADOR

SANDRA LILIANA DUARTE GAMARRA

Documento de identidad
CC 40046461

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cajicá, 13 de enero de 2025

Señores

SENA

Ciudad

CAJICA, CUNDINAMARCA

Respetados señores

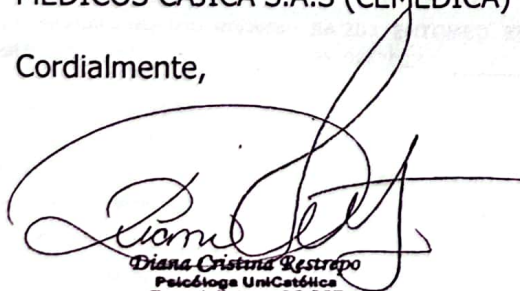
Una vez se llevó a cabo la aplicación e interpretación de la prueba **PSICOMETRICA** a la señora **SANDRA LILIANA DUARTE GAMARRA**, identificada con cédula de ciudadanía número **40.046.461 DE TUNJA**, concluye que los resultados no evidencian la presencia de rasgos de personalidad negativos, ni alteraciones 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 parámetros 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 conceptúa;

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 UniCajicá
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 - 8837330 Cel. 3103430937 - 3118972562

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



CEMEDICA S.A.S
 Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Teléfono 8660839/8830139
 e-mail

Paciente: SANDRA LILIANA DUARTE GAMARRA **Género:** FEMENINO
Identificación: CC 40046461 **Fecha de Nacimiento:** 22/09/1978 **Edad Actual:** 46 A
Dirección: DIAG 3 SUR N° 7-96 CAIJCA **3044633314**
Acompañante: NINGUNO **Usuario:**
Aseguradora: PARTICULAR 1
Fecha del Examen: 13/01/2025 **Ciudad:** CAIJCA **Tipo de Examen:** PREIN

Razon social empresa que lo contrato o contratara: SENA-PARTICULAR **Area o Sede:** CHIA

Fecha Ingreso a la Empresa: / / **Cargo:** INSTRUCTOR **Rotación:**

Sección: SERVICIOS **Antigüedad en el Cargo actual:**
ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICION AL RUIDO
EMPRESA ACTUAL
Nombre del Cargo Desempeñado (Inicie con el actual): **Tiempo:** **Tipo*:** I C S N B R

Nombre Empresa	Nombre Cargo	Tiempo	Tipo Elemento Protección
SENA	INSTRUCTOR	11 MESES	NINGUNO

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

Otitis	NO REFIERE
Trauma	NO REFIERE
Cirugia	NO REFIERE
Ingesta Ototóxicos	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	NO REFIERE
Acúfenos	NO REFIERE
Otro	NO REFIERE
Teje	NO REFIERE
Moto	X CARRO 1 HORA DIARIA
Discoteca	NO REFIERE
Servicio Militar	NO REFIERE
Poligono	NO REFIERE
Manos Libres	NO REFIERE
Otro	NO REFIERE

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo: 0 Horas **Realizó re test:** SI No **Usó cabina sonoamortiguada:** X SI No

Marca y referencia audiómetro utilizado: SA 203 ENTOMED EN100223

Fecha de la última calibración: 25/04/2023

Otoscopía

Oído Derecho: NORMAL
 Oído Izquierdo: NORMAL

Audiometría	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea Oído Derecho	25	25	15	10	15	15	20	15
Oído Izquierdo	15	10	10	10	10	10	10	10
Vía Osea Oído Derecho								
Oído Izquierdo								

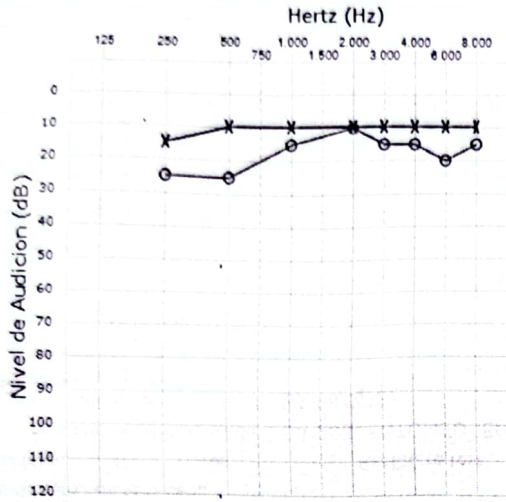
ANALISIS COMPARATIVO

Frecuencia	Oído Derecho	Oído Izquierdo	CAMBIO UMBRAL
500 Hz			Cambio Umbral Auditivo Oído Derecho SI No
1000 Hz			Cambio Umbral Auditivo Oído Izquierdo SI No
2000 Hz			
3000 Hz			
4000 Hz			
6000 Hz			

PTA Promedio Tonal Auditivo	< 25 Normal > 25 Anormal
PTA OD	16,25
PTA OI	10,00



CEMEDICA S.A.S
 Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Teléfono 8660839/8830139
 e-mail



	Oído derecho		Oído Izquierdo	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción aérea	0	—	X	□
Conducción ósea	<	[>]
Inaudible				

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Diagnóstico

CLASIFICACIÓN GATISO

< 25 Db Audición Normal

26-40 dB Hipoacusia Leve

41-55 dB Hipoacusia Moderada

56-70 dB Hipoacusia Moderada a Severa

71-90 dB Hipoacusia Severa

>90 dB Hipoacusia Profunda

Oído Derecho	Oído Izquierdo	Bilateral
X	X	X

CUAT (Cambio Umbrales Auditivos Temporal)

Oído Derecho	Oído Izquierdo	Bilateral	No Realizable

CUAP (Cambios Umbrales Auditivos Permanente)

Oído Derecho	Oído Izquierdo	Bilateral	No Realizable

RECOMENDACIONES

Control Auditivo en un año X Control Auditivo en seis meses

Lavado Auditivo Oído Derecho

Audiometría Confirmatoria Fecha / /

Exámenes Audiológicos Complementarios

Uso Protección Auditiva Oído Izquierdo

Control por otorrinolaringología

OBSERVACIONES

UMBRALES AUDITIVOS DENTRO DE PARAMETROS NORMALES DE FORMA BILATERAL

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

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar al propósito, los beneficios, la inter

Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas

Evaluado Por

Interpretado Por

Aspirante o Trabajador

ADRIANA ANGARITA MONROY
 FONOAUDIOLOGA RM 6536-98

Firma
 ADRIANA ANGARITA MONROY
 Registro Médico 6536-98

Firma
 Nombre
 Registro Médico

Firma
 SANDRA LILIANA DUARTE GAMARRA
 Documento de Identificación CC 40046461

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Teléfono 8660839/8830139
 e-mail

Paciente: SANDRA LILIANA DUARTE GAMARRA Género FEMENINO
 Identificación CC 40046461 Fecha de Nacimiento 22/09/1978 Edad Actual 46 A
 Dirección DIAG 3 SUR N° 7-96 CAIJCA 3044633314
 Acompañante/Acudiente NINGUNO Usuario
 Aseguradora PARTICULAR 1 Tipo de Examen PREIN
 Fecha del Examen 13/01/2025 Ciudad CAJICA
 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	0.75M
							OI	20/20	0.75M
							AO	20/20	0.75M

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

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	60
600	100	50
400	80	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



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

PATOLOGIA DE REFRACCION

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

OBSERVACIONES

APTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paradiánicos 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 paradiánico(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 paradiánico(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 UNIMOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. UNIMOS 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 parágrafo del Artículo 10 -

Sonia Ballesteros Poveda
Optómetra
TP 1018435574
2745 CTNPO

Evaluado
Firma
SONIA LIZETTE BALLESTEROS POVEDA
Registro Médico 1018435574

Firma Aspirante o Trabajador
SANDRA LILIANA DUARTE GAMARRA
Documento de identidad CC 40046461



RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO

14/01/25

CEMEDICA S.A.S

Direccion CL 4 NO. 3A-05

Telefono 8660839/8830139

E-Mail

Fecha 14/01/2025 Edad 46 A
Paciente: DUARTE GAMARRA SANDRA LILIANA
Direccion DIAG 3 SUR N° 7-96 CAIJCA
Telefono 3044633314 Identificacion CC 40046461
Aseguradora PARTICULAR 1

COLESTEROL TOTAL

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL: 183 Menor de 200 mg/dl
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL): 54.0 H:30-70 mg/dl M: 30-80
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL): 103 < 140 mg/dl
TRIGLICERIDOS: 130 Menor de 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL: 26 2-30 mg/dl

QUIMICA CLINICA

CREATININA SERICA: .
GLICEMIA BASAL: 94 H: 0.70-1.30 M: 0.60-1.10
GLICEMIA POST PRANDIAL: . 70-110 mg/dl
Observaciones: .
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (GOT) . HASTA: 40 U/L
TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA (GPT) . HASTA: 40 U/L
Observaciones: .
HORA DE TOMA DE MUESTRA: 8:59
HORA ENTREGA DE RESULTADO: 10:30

Lorena del Pilar Vega Castro
Bacteriologa y Laboratorio Clinico
T.P. 010200000 S.O.D

BACTERIOLOGA