SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**51440-063944**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.303.231	**Tipo de cuenta:**	CORRIENTE
Correo electrónico:	erika3milenio@gmail.com	**Número de Cuenta:**	8400683978
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9091923/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**40526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.531.227
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.793.730

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.512.499**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.512.499,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**75033535**	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 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ 7.740.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ 756.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 0			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Aplicación de los lineamientos de los proyectos formativos, correspondientes. Impartir las acciones de Formación Profesional Integral,
Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales
Formular del plan de trabajo para el seguimiento de la etapa productiva
Seguimiento a aprendices en etapa productiva y voceros de cada grupo
Citación a empresas con el fin de realizar la verificación de los casos especiales
Aplicación de los lineamientos para diligenciamiento de formatos de la etapa productiva

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.05.15 11:41:57 -05'00'

NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

13/05/26 12:34:35 USUARIO: SIC - C.C. 52303231

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52303231	ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS	CARRERA 24C 54 40 SUR	8059305	erika3milenio@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75033535	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$2,832,000	$893.200	

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	354.000	0		0		0	0	0	0	354.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	453.200	0	0	0	0	0	0		453.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	69.000				69.000	0	0	69.000			690	69.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.000	0	0	17.000	1

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	354.000	354.000
Pensión	1	453.200	453.200
Riesgos Laborales	1	69.000	69.000
CCF	1	17.000	17.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	893.200	893.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52303231	ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS	CARRERA 24C 54 40 SUR	8059305	erika3milenio@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75033535	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$2,832,000	$893.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	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 52303231	HURTADO OLIVEROS ERIKA ROCIO	59	0			N																	25-14	2.832.000	30	453.200	0	0	0	0	EPS008	2.832.000	30	354.000	14-11	2.832.000	30	3	69.000	CCF24	2.832.000	30	17.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

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

Nombre **ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS**

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

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

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

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

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

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

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

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

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

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

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

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



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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

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

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

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

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


Captura Biometrica

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit: 900157744

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 22/01/2026 10:35:45

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

Fecha 22/01/2026 06:20:00

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

Entidad: **PARTICULAR**

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

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

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

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

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

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

OPTOMETRÍA

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

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

Anamnesis

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

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

Cirugías Si [ ] No [ ] Cuál?

Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [ ] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]

Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

Antececentes personales y/o familiares **PACIENTE VIENE A EXAMEN CON GAFAS ACTUALIZADAS HACE 08** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

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

Lensometría

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

Examen Externo

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

Motilidad Ocular

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

Oftalmoscopia

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

Test Ocupacionales

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

Refracción

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

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:		-		+		
O.I:		-		+		

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[X]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[X]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

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

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

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

Recomendaciones

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

Valoración Normal [X] Anormal [ ]

CONCEPTO

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

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

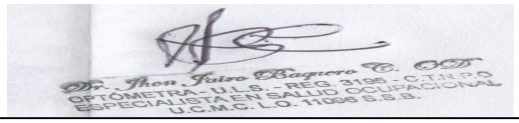
Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

OPTOMETRÍA

Ingreso ☐
Egreso ☐
Periódico ☐
Caso ocupacional ☐

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

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



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

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

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

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

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

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

HISTORIA OCUPACIONAL

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

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

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

REVISIÓN POR SISTEMAS

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

OBSERVACIONES:

NINGUNA

EXAMEN FÍSICO

BIOTIPO: Ectomórfico ☐ Endomórfico ☒ Mesomórfico ☐

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

COLUMNA VERTEBRAL

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

EXAMEN DE COLUMNA VERTEBRAL

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

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

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

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

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

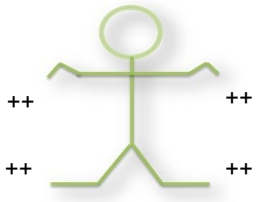
EXAMEN OSTEOMUSCULAR

BALANCE MUSCULAR

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO

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

CALIFICACIÓN

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

CONDUCTA

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

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

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

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

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

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

VISIOMETRÍA

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

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

ANAMNESIS

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

AGUDEZA VISUAL

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

LENSOMETRIA

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

EXAMEN EXTERNO

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

MOTILIDAD OCULAR

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

INTERPRETACIÓN

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

TEST OCUPACIONALES

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

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

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

RECOMENDACIONES

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

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

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

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

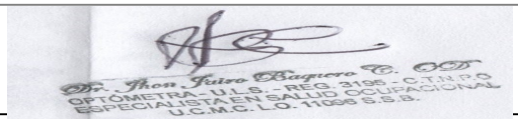
RECOMENDACIONES
USO OBLIGATORIO D ELENTES PERMANENTES PAAR SU LABOR Y EXAMEN PERIODICO ANUAL

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

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

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

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



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