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	**29472-066257**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGY LORENA CORREA ROMERO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.022.368.883	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	angycorrea@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	550008900767701
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	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:	9034806/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**16026**	**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	**$ 3.140.497**	**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	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**79314765**	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		$ -		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.	$ 3.141.000			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

Desarrollar las actividades formativas según lo establecido en el programa alineados a las estrategias pedagógicas.

Ofrecer material de apoyo (guías, presentaciones etc.), para la formación y actividades para la clase.

Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, dando Cumplimiento sobre la programación dada.

Realizar control de registro de asistencia de la formación de la clase. Verificar con cada estudiante la inasistencia y casos de deser

Evidencias de aprendizaje fichas asignadas

Implementar plan de trabajo y planeación de formación.

Cumplimiento de las indicaciones dadas por la coordinación en la preparación de los entregables.

Revisión de las condiciones de los ambientes antes, durante y después de las clases.

Logística de préstamo de computadores para la formación de las fichas asignadas reportando si se presenta alguna novedad.

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

ANGY LORENA CORREA R.

ANGY LORENA CORREA ROMERO
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: 2026.05.14 15:50:44 -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)

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	1022368883	ANGY LORENA CORREA ROMERO	Cr52b #43-45sur	3204151532	ps.angielo.c@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79314765	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$550.100	

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	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	303.300	0	0	0	0	0	0		303.300	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	303.300	303.300
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	550.100	550.100

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
CC	1022368883	ANGY LORENA CORREA ROMERO		Cr52b #43-45sur	3204151532	ps.angielo.c@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	

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
		79314765	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$550.100	

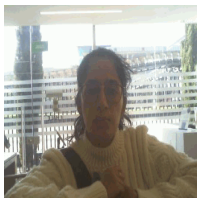
DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	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 1022368883	CORREA ROMERO ANGY LORENA	59	0			N																	230201	1.895.200	30	303.300	0	0	0	0	EPS008	1.895.200	30	236.900	14-23	1.895.200	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	2.103.068	**FECHA**	07/01/2026 9:33 a.m.	**CIUDAD**	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S.
PENSIONES	PROTECCION	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	COMPENSAR			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	CORREA ROMERO ANGY LORENA			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.022.368.883
TIPO DE CARGO	OTRO			**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA
EDAD	34	**SEXO**	F	**TELÉFONO**	3204151532	**CORREO**	ps.angielo.c@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES GENERALES

MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA PARA ACTUALIZACIÓN DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, CORREA ROMERO ANGY LORENA, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.022.368.883, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

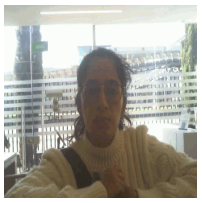
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

Angy Lorena Correa R.

CC. 1.022.368.883

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	2.103.068	**FECHA**	07/01/2026 9:33 a.m.	**CIUDAD**	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S.		
PENSIONES	PROTECCION	**ARL**	NO REFIERE				
EPS	COMPENSAR					**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	CORREA ROMERO ANGY LORENA					**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.022.368.883
TIPO DE CARGO	OTRO					**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA
EDAD	34	**SEXO**	F	**TELÉFONO**	3204151532	**CORREO**	ps.angielo.c@gmail.com

Aspirante o trabajador

CC. 1.022.368.883

Profesional

Natalia Gómez
Médica y Cirujana General
Especialista en SST
R.M.: 1032495553
Resolución No.: 26144

DRA. GOMEZ ESTEBAN NATALIA R.M.1032495553 CC1032495553 LIC. 26144 DE 29-05-2025

MEDILABORAL
INFORME PSICOLÓGICO

BOGOTÁ, 7 de enero de 2026 8:55 a.m.

IDENTIFICACIÓN: CC. 1022368883
NOMBRE: CORREA ROMERO ANGY LORENA
SEXO: FEMENINO
EDAD: 34 AÑOS
CARGO: CONTRATISTA
ESTADO CIVIL: CASADO
CONDICIÓN: ADULTO
EMPRESA: PARTICULAR

MOTIVO DE CONSULTA: APLICACIÓN TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG

RESULTADOS: LA TRABAJADORA EVIDENCIA UNA TRABAJADORA ORIENTADA AL CRECIMIENTO, AL LOGRO DE METAS Y A LA SUPERACIÓN PROGRESIVA, CON ADECUADA CAPACIDAD PARA PLANEAR Y AVANZAR PASO A PASO HACIA OBJETIVOS DEFINIDOS. SE OBSERVA PENSAMIENTO ORGANIZADO, SENTIDO DE RESPONSABILIDAD Y MOTIVACIÓN POR EL RECONOCIMIENTO DEL ESFUERZO, LO QUE FAVORECE SU DESEMPEÑO EN CONTEXTOS LABORALES ESTRUCTURADOS. PRESENTA BUENA DISPOSICIÓN PARA EL TRABAJO CONSTANTE Y PARA CUMPLIR TAREAS DE MANERA ORDENADA Y PERSEVERANTE.
EN EL PLANO SOCIOEMOCIONAL, MUESTRA ESTABILIDAD, OPTIMISMO Y ADECUADA CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO, CON TENDENCIA A MANTENER RELACIONES LABORALES COOPERATIVAS Y UN CLIMA INTERPERSONAL POSITIVO. PREFIERE AMBIENTES DE TRABAJO CLAROS, CON NORMAS DEFINIDAS Y RETROALIMENTACIÓN CONSTANTE.

RECOMENDACIONES: SE RECOMIENDA A LA TRABAJADORA PARA EL DESARROLLO DE LAS LABORES DEL CARGO.

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y AC

B. Jerlheynn Duitama M.
Psicólogo SST
T.P. 247359
L.S.S.T. 21011

DR. BRYAN JERLHEYNN DUITAMA MONCADA TP.247359 LIC. 21011 DE 13-01-2025
PSICÓLOGA SST

CONFIDENCIAL - este documento es de uso exclusivo de Medilaboral SAS, por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita.
www.medilaboral.com

Reporte de laboratorio

NO. LABORATORIO: 2.103.068

CIUDAD: BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S.

FECHA: 07/01/2026 8:25 a.m.

NO. DOCUMENTO: CC. 1022368883 **GENERO:** F **EDAD:** 34

NOMBRES Y APELLIDOS: CORREA ROMERO ANGY LORENA

ANÁLISIS	RESULTADO	REFERENCIA
	BIOQUIMICA	
GLICEMIA PRE	84 MG/DL	70-110 MG/DL



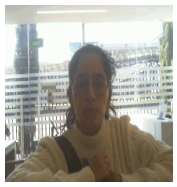
DRA. SERRANO PABÓN GINETH TP. 46368136 CC46368136

www.medilaboral.com historiasclinicas@medilaboral.com
CONFIDENCIAL - este documento es de uso exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S., por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita.

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CENTRO MAYOR, BOGOTÁ
NOMBRES CORREA ROMERO ANGY LORENA
FECHA 07/01/2026 9:33 a.m.



DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.1022368883 **FEC. NACIMIENTO:** 10/06/1991 **EDAD:** 34 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: CASADO **ESCOLARIDAD:** POSGRADO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3204151532
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** CR 52B #43-45 SUR , BOGOTA
CORREO: PS.ANGIELO.C@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: COMPENSAR **ARL:** NO REFIERE **PENSIONES:** PROTECCION

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OTRO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: CONTRATISTA
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: INSTRUCTURA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: NIEGA

FAMILIARES: PADRE HIPERTENSO, ABUELO PATERNOS Y TIOS PATERNOS HIPERTENSOS

OCULARES: NIEGA

OTROS: NIEGA

VISIOMETRIA

OCUPACIÓN: PSICOLOGA ESPECIALISTA - INSTRUCTORA **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 1 - Meses: 6
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 02/02/2024
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: SI **¿HACE CUÁNTO?:** Años: 5 - Meses: 0
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: 02/02/2024 **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** SI
TIPO DE CORRECIÓN: MONOFOCAL **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** SI
FORMA DE USO:
PERMANENTES (SI) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: SI **TIEMPO CIRUGIA:** 10 AÑOS - 0 MESES
¿CUÁL?: OCULAR LASER
OBSERVACIONES: 2016- MIOPIA BILATERAL (-9.00)

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

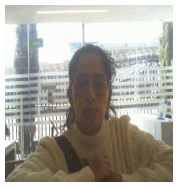
Sintoma	Observaciones
Asintomatico	CON LA CORRECCION OPTICA ACTUAL

LENSOMETRIA O.D - O.I.: -2.00 SPH	**TIPO DE LENTE OD - OI:** MONOFOCAL	**ADD O.D - O.I:** NO APLICA

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CENTRO MAYOR, BOGOTÁ
NOMBRES CORREA ROMERO ANGY LORENA
FECHA 07/01/2026 9:33 a.m.



AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/200	20/25	20/50	20/25	20/20	20/20	20/20	20/20

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/50	20/25	20/20	20/20

EXAMEN EXTERNO

OD: NORMAL	**OI:** NORMAL

COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]*	**CERCA:** *[NORMAL]*

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD: 20/20	**OI:** 20/20

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]* **SEGUNDOS/ARCO:** 40

INTERPRETACIÓN	DEFECTO REFRACTIVO NO ACTUALIZADO. AMBOS OJOS MEJORAN AL 20/20 CON SU CORRECCION OPTICA NUEVA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
H521	MIOPIA
H522	ASTIGMATISMO

RECOMENDACIONES	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

OTRA RECOMENDACIÓN	

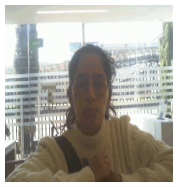
REMITIDO A:	N/A	**CAUSA REMISIÓN:**	N/A

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CENTRO MAYOR, BOGOTÁ
NOMBRES CORREA ROMERO ANGY LORENA
FECHA 07/01/2026 9:33 a.m.



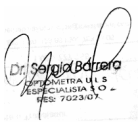
Consentimiento informado

MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, en desarrollo de su objeto social consistente en la prestación de servicios de salud ocupacional, incluyendo la realización de exámenes médicos ocupacionales y sus exámenes complementarios, informa que **cumple estrictamente con las disposiciones de la Resolución 1843 de 2025, y demás normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por tratarse de datos sensibles, MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados garantiza que el tratamiento de la información se realiza únicamente para los fines establecidos en la legislación, y que solo podrá ser conocida por terceros previa autorización** del paciente o en los casos previstos por la ley. Asimismo, se asegura la veracidad de la información contenida en las historias clínicas, respaldada por las firmas del médico evaluador, los profesionales de la salud involucrados y el paciente examinado.

Yo, CORREA ROMERO ANGY LORENA, identificado(a) con CC.1022368883, en calidad de paciente/usuario, declaro que he sido informado(a) de manera clara, oportuna, veraz y comprensible sobre la naturaleza y propósito de los exámenes y procedimientos médicos ocupacionales que se me realizarán de manera detallada, incluyendo posibles beneficios, riesgos, consecuencias y beneficios.

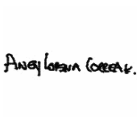
Que incluye:	Evaluación de la agudeza visual y la salud ocular en general. Se utilizan equipos especializados para analizar parámetros visuales clave, como la agudeza visual y la percepción de colores. Durante la valoración, el profesional realizará mediciones con y sin lentes, según corresponda.
Riesgos:	Comprendo que, como en cualquier procedimiento médico, existen riesgos y limitaciones asociados con la consulta de optometría y cualquier tratamiento o procedimiento recomendado. Esto puede incluir molestias temporales, efectos secundarios de ciertos tratamientos, o la necesidad de procedimientos adicionales.

Profesional



DR SERGIO BARRERA CC79623858 LIC.10140 DE 15-08-2017

Aspirante o trabajador



CC.1022368883

Autorización de datos personales

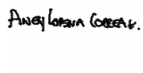
Yo, CORREA ROMERO ANGY LORENA, identificado(a) con el documento de identidad No. CC.1022368883, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S. para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S.está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador



CC.1022368883