



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                       |        |                                     |                    |                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------|--------|-------------------------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE      |        | DIRECCIÓN                           | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                  | 52498476          | NEREIDA MONTAÑA ORTIZ |        | calle 17 sur N 39- 85 int 8 apt 316 | 6014422629         | neymo0512@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL       | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                        | CIUDAD / MUNICIPIO |                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                       |        | BOGOTÁ D. C.                        | BOGOTÁ, D.C.       |                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 85073401        | 22/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$3,296,000              | \$976.500          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 412.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 412.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |  | 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 |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria |  |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 527.400                |  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 527.400       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |  | 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 |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|--|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria |  | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 17.300                 |  |                  |       |                        | 17.300                | 0         | 0                     | 17.300              |                            |                     | 173               | 17.300        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |             |              |
|---------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  | NIT         | Valor Aporte |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 19.800       |

| Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| 0         | 0                 | 19.800        | 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                              | 412.000                             | 412.000       |
| Pensión                | 1                              | 527.400                             | 527.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 17.300                              | 17.300        |
| CCF                    | 1                              | 19.800                              | 19.800        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 976.500                             | 976.500       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 85073401        | 22/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$3,296,000              | \$976.500          |              |

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                       |  | INFORMACIÓN NOVEDADES |          |            |                  |           |     |     |    |    |     | PENSIÓN |     |     |      | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |     |     |            | CCF      |           |      |            | PARAFISCALES        |                      |                                |                                 |          |           |      |                        |          |           |      |                 |            |            |           |      |            |                        |             |              |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|----------|------------|------------------|-----------|-----|-----|----|----|-----|---------|-----|-----|------|-------|-----|-----|-------------------|-----|-----|------------|----------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|--------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres   |  | Cotizante             | Saludado | Extranjero | Columna anterior | Exonerado | IMA | IVA | IC | IT | TAF | TAF     | VGP | VST | SENA | IGE   | UMA | 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 ICBSF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC 52498476                     | MONTAÑA ORTIZ NEREIDA |  | 59                    | 0        |            | N                | X         |     |     |    |    |     |         |     |     |      |       |     |     |                   |     |     |            | 230301   | 3.296.000 | 30   | 527.400    | 0                   |                      | 0                              | 0                               | EPS008   | 3.296.000 | 30   | 412.000                | 14-23    | 3.296.000 | 30   | 1               | 17.300     | CCF24      | 3.296.000 | 30   | 19.800     | 0                      | 0           | 0            | 0           | 0          |

PAGADA

**CERTIFICADO LABORAL**

|                                                                                                                                                   |                           |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| EMPRESA PARTICULAR                                                                                                                                | FECHA 16/12/2025 10:01:50 |  |
| PREOCUPACIONAL O INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> POS-OCUPACIONAL O EGRESO <input type="checkbox"/> PERIÓDICO <input type="checkbox"/> | C.C 52498476              |                                                                                     |
| NOMBRE Y APELLIDO: NEREIDA MONTAÑA ORTIZ                                                                                                          |                           |                                                                                     |
| EDAD 47 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR INSTRUCTOR                                                                                                 |                           |                                                                                     |

|                                                                   |                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXÁMENES PRACTICADOS</b>                                       |                                                                                                                                      |
| Evaluación médico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/> | Exámenes de laboratorio SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                           |
| Visiometría <input checked="" type="checkbox"/>                   | Glic <input checked="" type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Trigli <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |
| Optometría <input type="checkbox"/>                               | ¿Cuáles?                                                                                                                             |
| Audiometría <input type="checkbox"/>                              | Énfasis Osteomuscular <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            |
| Espirometría <input type="checkbox"/>                             | Otros <input type="checkbox"/>                                                                                                       |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| VALORACIÓN PSICOLÓGICA/ ENFASIS MUSCULOESQUELETICO |
|----------------------------------------------------|

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

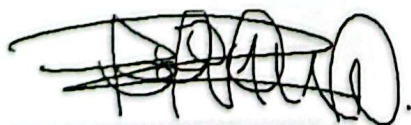
**CONCEPTO**

|                                                                           |                          |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                          |                                     |
| LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                                     |
|                                                                           | SI                       | NO                       | NA                                  |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                      |
|----------------------|
| <b>RESTRICCIONES</b> |
| NINGUNA              |

|                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RECOMENDACIONES</b>                                                                                                                                       |
| USO DE LENTES PARA LABORAR<br>CONTROLES DE SALUD MEDICO ORTOPEDISTA EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS |

|                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXÁMENES DE EGRESO</b>                                                                     |
| Sospecha de enfermedad laboral SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? |



FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica



Anderson Yilmar Gómez Ávila  
Médico cirujano  
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales  
CC 80796095 RM 991178/2011  
LIC. SO 4451-18/04/2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

|                  |                                          |                      |                       |                  |                       |
|------------------|------------------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| Doc. Identidad   | CC 52498476                              | Nombre               | NEREIDA MONTAÑA ORTIZ | Fecha Nacimiento | 31/05/1978            |
| Entidad          | PARTICULAR                               | Edad                 | 47 años               | Ocupación        | INSTRUCTOR            |
| H.C No           | Ingreso <input checked="" type="radio"/> | Periódico            | <input type="radio"/> | Retiro           | <input type="radio"/> |
|                  | Post incapacidad <input type="radio"/>   | Trabajo en alturas   | <input type="radio"/> | Control          | <input type="radio"/> |
| Empresa          | EXM OCUP-OPTOMETRIA                      | Cargo                | INSTRUCTOR            | Ingreso al SVE   | <input type="radio"/> |
| Fondo de Pensión | PORVENIR                                 | Antigüedad del cargo |                       | Reubicación      | <input type="radio"/> |
|                  |                                          | EPS                  | COMPENSAR E.P.S.      | ARL              | POSITIVA              |

## ANAMNESIS

Último Examen Visual 3 M

Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☐ Ocasional ☐

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☐ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual?

Accidentes oculares SI ☐ NO ☒ Cual?

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 ☐

Antecedentes personales y/o familiares

## AGUDEZA VISUAL

| CC | VL | VP | SC | VL     | VP    |
|----|----|----|----|--------|-------|
| OD |    |    |    | 20/25  | 20/25 |
| OI |    |    |    | 20/25+ | 20/25 |
| AO |    |    |    | 20/20  | 20/20 |

## LENSOMETRÍA

|    | ESF | CIL | EJE | ADD |
|----|-----|-----|-----|-----|
| OD |     |     | °   |     |
| OI |     |     | °   |     |

## EXAMEN EXTERNO

|                                             |                                             |                                       |                                             |                                             |                                       |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| Segmento Anterior:                          | Hiperemia conjuntival <input type="radio"/> | Pterigio N <input type="radio"/>      | Segmento Anterior:                          | Hiperemia conjuntival <input type="radio"/> | Pterigio N <input type="radio"/>      |
| Pterigio T <input type="radio"/>            | Pinguécula <input type="radio"/>            | Nevus <input type="radio"/>           | Pterigio T <input type="radio"/>            | Pinguécula <input type="radio"/>            | Nevus <input type="radio"/>           |
| Blefaritis seborreica <input type="radio"/> | Secreción <input type="radio"/>             | Leucoma Corneal <input type="radio"/> | Blefaritis seborreica <input type="radio"/> | Secreción <input type="radio"/>             | Leucoma Corneal <input type="radio"/> |
| Ptois palpebral <input type="radio"/>       | Otros:                                      |                                       | Ptois palpebral <input type="radio"/>       | Otros:                                      |                                       |

## MOTILIDAD OCULAR

VL: ORTHO VP: ORTHO HISHBERG: CENTRADO

Ducciones: NORMAL Versiones: NORMAL PPC: 4 CMS

## TEST OCUPACIONALES

| Visión cromática                           |                                      | Vis. profun.                           | Vis. confon. |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|--------------|
| OD Normal <input checked="" type="radio"/> | Discromatopsia <input type="radio"/> | Ceguera al color <input type="radio"/> | 40 ARCO      |
| OI Normal <input checked="" type="radio"/> | Discromatopsia <input type="radio"/> | Ceguera al color <input type="radio"/> |              |

## INTERPRETACIÓN

|                                              | OD                               | OI                               |
|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| No requiere corrección óptica                | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Defecto refractivo no corregido              | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Gafas no formuladas                          | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

|                    | OD                               | OI                               |
|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Emetropía          | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Ametropía          | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Disminución visual | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Otros:             |                                  |                                  |

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ☒ Valoración por oftalmología ☐

Control Visiometría ☐

## RETINOSCOPIA

| Refracción: |        |          |     | Subjetivo: |        |          |     | DP: |     |
|-------------|--------|----------|-----|------------|--------|----------|-----|-----|-----|
|             | Esfera | Cilindro | Eje |            | Esfera | Cilindro | Eje | AV  | ADD |
| OD          |        |          |     | OD         |        |          |     |     |     |
| OI          |        |          |     | OI         |        |          |     |     |     |

## DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H522 ASTIGMATISMO

H524 PRESBICIA

## CONCEPTO

☐ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

## RECOMENDACIONES

## OBSERVACIONES

**linisur**  
IPS Ltda  
Salud Ocupacional

**CLINISUR IPS 1 LTDA**

Nit. 900148264 - 9

Dirección: Calle 27 Sur N° 19-07 Bogotá

Tel: 2784705

**VISIOMETRÍA**

**Fecha examen: 16/12/2025**



Sindy Paola Rodríguez Suárez  
C.C. 1022340733  
UNIVERSIDAD DE LA SALUD

SINDY PAOLA RODRIGUEZ SUAREZ

Especialidad: OPTOMETRÍA

CC: 1022340733 RM:

## Informe valoración psicológica – psicosocial

|                                |                     |                   |
|--------------------------------|---------------------|-------------------|
| Fecha: 16 de diciembre de 2025 | Empresa: Particular | Cargo: Instructor |
| Nombre: Nereida Montaña Ortiz  | CC: 52498476        | Edad: 47 años     |

| Condiciones evaluadas                |                    |                |                 |                |
|--------------------------------------|--------------------|----------------|-----------------|----------------|
|                                      | Riesgo<br>muy alto | Riesgo<br>alto | Riesgo<br>medio | Riesgo<br>Bajo |
| Manifestación<br>psicosomática       |                    |                |                 | X              |
| Condiciones<br>Extralaborales        |                    |                |                 | X              |
| Sintomatología<br>asociada al estrés |                    |                |                 | X              |

### Valoración del riesgo

*Sin riesgo*, No amerita desarrollar actividades de intervención, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de promoción.

*Riesgo bajo*, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible (Se recomienda realizar pausas activas e incluirlo en el programa de estrés, SST)

X

*Riesgo medio*, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud

*Riesgo alto o muy alto* nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.



Daniela Estefanía Gómez Ávila  
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional  
CC:1030601766 TP.149574  
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

Doc: **52498476**

Nombre : **NEREIDA MONTAÑA ORTIZ**

Edad : **47 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR**

| Parametro                  | Resultado | Rango referencia |           |
|----------------------------|-----------|------------------|-----------|
| <b>LABORATORIO CLINICO</b> |           |                  |           |
| <b>GLICEMIA BASAL</b>      |           |                  |           |
| <b>RESULTADO</b>           | 47        | 70               | 110 mg/dL |

  
Lisbeth Katherine Diaz Gomez  
Bacterióloga y Laboratorista Clínica  
CC: 1090424706  
TP: 54.1122

**LISBETH KATHERINNE DIAZ GOMEZ**  
Especialidad: **LABORATORIO CLINICO**  
CC: 1090424706 RM:

 **Dra. Katherine Diaz**  
Bacterióloga & Laborante  
Universidad de Santander  
TP: 54.1122