

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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		15 Diciembre de 2025
			Versión		ENERO - 2.25
			ID de Proceso		02899-391721
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL			Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 1.014.195.264			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: patriciagguevara10@gmail.com			Número de Cuenta: 67305644941		
IP/N° de contacto:			Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI
Inducción SST: SI			Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE			Es declarante de renta por el año gravable 2024		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?					NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000					NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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					
N° del contrato: 7480949/2025		N° Compromiso SIIF 43325		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		"Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subse des y organizaciones, ejecutando acciones			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/12/2025 Al 19/12/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 2.913.024	
Número de pago 11		Valor Total del Contrato:		\$ 45.228.524	
Valor Bruto Pago: \$ 2.913.024,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 2.913.024		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.913.024		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.749.322		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.749.322,00 TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	91495762	Base retención en la fuente a titulo de ICA 2.628.924,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 996.450	\$ 1.839.804	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 124.600	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 159.500	\$ 294.400	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		\$ 5.300	\$ 9.700	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 25.395,00 0,966%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 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		\$ 291.302		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% \$36.062.775		\$ 583.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 8.244.000				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR \$2.887.629,00	
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Desarrollar actividades acordes con lo establecido en los programas y proyectos establecidos por competencias impartidas.					
Publicación de evidencias y anuncios sobre el material de apoyo a la formación. Toma de Asistencia a la FPI					
Se realiza publicación de material de apoyo de acuerdo a la planeación establecida en cada una de las competencias impartidas.					
Se da cumplimiento a la programación de competencias.					
Se realizan planes de trabajo y planeación de formación.					
Control de asistencia a formación.					
Uso de medios tecnológicos (PC) propio y EPP de acuerdo a las necesidades de la formación					
Asistencia a reuniones programadas por la coordinación					
Se genera informe periódico correspondiente al desarrollo y avance de plan de trabajo					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			<div>Patricia Guevara</div> <div>AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL EL CONTRATISTA</div>		
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí					
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			<div>MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ INSTRUCTOR G20</div>		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;					
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.					
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:					
EL ORDENADOR DEL PAGO VIVIANA GOMEZ VARGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014195264	AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL		DG 77B #119A -73 TO1 1002	8048183	patriciaguevara10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91495762	\$570.900
TOTAL A PAGAR					

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	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.800	0	0	36.800	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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	1	36.800	36.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	570.900	570.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014195264	AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL		DG 77B #119A -73 TO1 1002	8048183	patriciaguevara10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91495762	10
					TOTAL A PAGAR
					\$570.900

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014195264	GUEVARA BERNAL AYDA PATRICIA	59	0		N																	231001	1.839.804	294.400	0	0		0	0	EPS008	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700	CCF24	1.839.804	36.800	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014195264	AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL		DG 77B #119A -73 TO1 1002	8048183	patriciaguevara10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	I	11/12/2025	92285689	TOTAL A PAGAR \$441.800

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014195264	AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL		DG 77B #119A -73 TO1 1002	8048183	patriciaguevara10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	11/12/2025	92285689	\$441.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014195264	GUEVARA BERNAL AYDA PATRICIA	59	0		N																	231001	1.423.500	227.800	0	0		0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA



Patricia Guevara <patriciagguevara10@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada CUS 1999290359

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: patriciagguevara10@gmail.com

11 de diciembre de 2025 a las 10:45

**¡Hola, Ayda Patricia Guevara Bernal!****Estado de la Transacción:** **Aprobada** **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 570.900**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 11/12/2025**CUS:** 1999290359

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."



Patricia Guevara <patriciagguevara10@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✓ CUS 1999299955

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: patriciagguevara10@gmail.com

11 de diciembre de 2025 a las 10:47

**¡Hola, Ayda Patricia Guevara Bernal!****Estado de la Transacción:** Aprobada ✓**Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 441.800**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 11/12/2025**CUS:** 1999299955

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

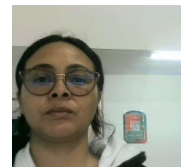
TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
Fecha de nacimiento: 30/09/1988
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: DOCENTE

CC: 1014195264
Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-07-06 / 09:05:50
Fecha salida: 2024-07-06 / 10:56:52



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN OPTOMETRICO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

- PSICOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.


KAREN DAYANTH MELENDEZ CARDOZO
Medico SST
R.S 15369 de 25/04/2024

KAREN DAYANTH MELENDEZ
CARDOZO
RM: 1020835794
Firma y sello del médico



AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
Fecha de nacimiento: 30/09/1988
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: DOCENTE

CC: 1014195264
Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-07-06 / 09:05:50
Fecha salida: 2024-07-06 / 10:56:52



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL


KAREN DAYANTH MELENDEZ CARDOZO
Medico SST
R.S 15369 de 25/04/2024

KAREN DAYANTH MELENDEZ
CARDOZO
RM: 1020835794
Firma y sello del médico



AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



PSICOMETRICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

CC: 1014195264

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL

Fecha de nacimiento: 30/09/1988

Edad: 35 Sexo: FEMENINO RH: O +

Teléfono:

Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargos: DOCENTE

Fecha ingreso: 06/07/2024

Fecha salida: 06/07/2024

Teléfono acompañante:



SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA. SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUCES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS. TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

• SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.
DE ACUERDO CON TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO A LA FECHA, NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL.

POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA.

NOTA: ESTA PRUEBA CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA.

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:



MARIA NANCY PINILLA
RM: 5901
Firma y sello del médico

Ayda Patricia Guevara Bernal

AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Conecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Exito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

EXAMEN OPTOMETRICO
SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TÉLEFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

CCI: 1014195264

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL

Fecha de nacimiento: 30/09/1986

Edad: 38 años **SEXO:** FEMENINO **RH:** O +

Teléfono:
Nombre acompañante:
Empresa: PARTICULAR

Empresa Usuario:
Cargo: DOCTOR

Fecha Ingreso: 06/07/2024

Fecha salida: 06/07/2024

Teléfono acompañante:

ANTECEDENTES PERSONALES
SECCIÓN 1
DIABETES:

NO

CIRUGÍA OCULAR:

NO

GLAUCOMA:

NO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

NO

ALERGIAS:

NO

OTROS:

NO

¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:

SI

REFIERE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE
MOTIVO DE CONSULTA
SECCIÓN 1
VISION BORROSA:

NO

ARDOR:

NO

LAGRIMEO:

NO

ENROJECIMIENTO:

NO

PRURITO:

NO

CEFALEA:

NO

ASTENOPIA:

NO

SALTO DE RENGLO:

NO

FOTOFOBIA:

NO

SECRECIÓN:

NO

DOLOR OCULAR:

NO

VISION DOBLE:

NO

INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:

NO

MAREO:

NO

VERTIGO:

NO

MIODESOPSIAS:

NO

OTROS:
AGUDEZA VISUAL
VISION LEJANA
SIN CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

CON CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

SIN CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

CON CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

SIN CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

CON CORRECCION OD VISION LEJANA:

20/20

CC

SIN CORRECCION OD:

0.50 CM.

CC

CON CORRECCION OD:

0.50 CM.

CC

SIN CORRECCION OD:

0.50 CM.

CC

CON CORRECCION OD:

0.50 CM.

CC

SIN CORRECCION OD VISION PROXIMA:

0.50 CM.

CC

CON CORRECCION OD VISION PROXIMA:

0.50 CM.

CC

ESTENOPEICO
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:
EXAMEN EXTERNO Y MOTOR
SECCIÓN 1
Sedes Bogotá
Sedes Nacionales
Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón
Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali - Exito San Fernando - Call La Flora - Call Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -

SANO
SANO

COVER TEST

CENTRADO

NORMAL

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:
OI QUERATOMETRÍA:

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:
OI OFTAMOLSCOPIA:

MEDIOS TRANSPARENTES
MEDIOS TRANSPARENTES

REFRACCIÓN

OJO DERECHO

ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJIA:

SOBREREFRACCION NEUTRO

OJO IZQUIERDO

ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJIA:

SOBREREFRACCION NEUTRO

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES:
VISION CROMÁTICA:
ESTERIOPSIS:
TITMUS:

NO
NORMAL
NORMAL
NO

RX EN USO

OD:
OI:

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:
DIAGNÓSTICO 2:
DIAGNÓSTICO 3:
DIAGNÓSTICO 4:
DIAGNÓSTICO 5:
OBSERVACIONES:

EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO

- SE SUGIERE CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL Y CONTINUAR CON
FORMULACION DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

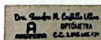
RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA:
CONTROL ANUAL:
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:
VALORACIÓN OPTOMETRICA:

SI
SI
NO
NO

PERMANENTE



SANDRA MARCELA CASTILLO

ULLOA

RM: N/A

Firma y sello del médico

Patricia Guevara

AYDA PATRICIA GUEVARA

BERNAL

CC: 1014195264

Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Conecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
- Exito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

CC: 1014195264

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL

Fecha de nacimiento: 30/09/1988

Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +

Teléfono:

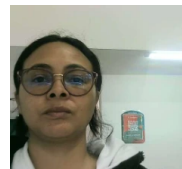
Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: DOCENTE

Fecha ingreso: 06/07/2024

Fecha salida: 06/07/2024



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	80.0	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Angela Vanegas
Angela V. Vanegas P.
C.C. 1077942702
Bacteriología
UCMC

ANGELA VIVIANA VANEGAS PARDO
RM: 1077942702
Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

Código: Versión: Fecha: