



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) SEINY CATALINA SANABRIA BUENO identificado(a) con CC 37708068 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios: 07/02/2023**

**Estado de la Afiliación:** Vigente

**IPS:** SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO DE CHARALA

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 7 días del mes 9 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO  
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



**Gerencia de Afiliaciones**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**SEINY CATALINA SANABRIA BUENO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.708.068**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| RAZON SOCIAL :               | SEINY CATALINA SANABRIA BUENO |
| IDENTIFICACION:              | CC-37708068                   |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                             |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                             |
| FECHA GENERACION REPORTE:    | 2023-09-07                    |
| FECHA LIMITE DE PAGO:        | 2023-09-15                    |
| FECHA DE PAGO:               | 2023-09-07                    |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BBVA COLOMBIA S.A.            |
| PERIODO PENSION:             | 2023-08                       |
| PERIODO SALUD:               | 2023-08                       |
| NUMERO PLANILLA:             | 27597143                      |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                             |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 27597143                      |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                             |

| CODIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE                | NUMERO AFILIADOS | IBC        | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-----------------------|------------------|------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS041         | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 1                | \$ 812.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 101.500                | \$ 101.500  |
| 230301         | 800224808 | PORVENIR              | 1                | \$ 812.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 130.000                | \$ 130.000  |
| Total a pagar  |           |                       |                  |            | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 231.500                | \$ 231.500  |

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 17/10/2023 |
|----------------------------------|------------|

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de septiembre de 2023, a las 15:46:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 37708068             |
| Código de Verificación | 37708068230912154616 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 231143996



PIB

15:27:12

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de septiembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SEINY CATALINA SANABRIA BUENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37708068:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315; [quejas@procuraduria.gov.co](mailto:quejas@procuraduria.gov.co)

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:57:55 PM horas del 12/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **37708068**

Apellidos y Nombres: **SANABRIA BUENO SEINY CATALINA**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00  
pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

## 👤 Consulta Ciudadano

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/09/2023 03:59:30 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **37708068** .

### NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **72779327** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[🔍 Nueva Busqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

Información

515 9000

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

ES UN  
**HONOR**  
SER POLICÍA

San Gil, 13 de septiembre de 2023

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON  
SUBDIRECTOR  
CENTRO AGROTURISTICO REGIONAL SANTANDER  
San Gil, Santander

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos  
sexuales contra menores de edad

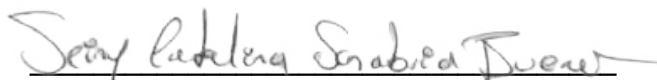
Estimado señor(a):

El (la) suscrito(a) SEINY CATALINA SANABRIA BUENO identificado con C.C No. 37.708.068 expedida el 13-12-2001, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en [www.sena.edu.co](http://www.sena.edu.co), manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma

Nombres y Apellidos: SEINY CATALINA SANABRIA BUENO  
C.C. 37.708.068 de Charalá



## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

---

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:53:22 horas del 12/09/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **37708068**,  
Apellidos y Nombres **SANABRIA BUENO SEINY CATALINA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SENA**, con NIT **899999034-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



### Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora SEINY CATALINA SANABRIA BUENO identificada con Cédula de Ciudadanía 37708068, se inscribió en nuestro servicio el día 13/05/2008.

El presente certificado se genera el día 12/09/2023, por solicitud del interesado.

**Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.**



# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 37708068 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 12/09/2023 04:55 PM

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC

San Gil, 13 de septiembre de 2023

Doctor  
JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON  
Subdirector  
Centro Agroturístico  
SENA – Regional Santander

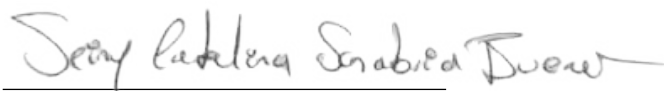
Asunto: Selección de la Aseguradora de  
Riesgos Laborales

Respetado Doctor JUAN MANUEL:

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 0723 de 2013 en su artículo No.4 “Selección de la Administradora de Riesgos Laborales –ARL” y el Decreto 1072 de 2015 en su capítulo 2, sección 1, artículo 2.2.4.2.2.4 “Selección de la ARL”, manifiesto mi voluntad en afiliarme al Sistema General de Riesgos Laborales por medio de la:

|                   |     |              |     |
|-------------------|-----|--------------|-----|
| ARL SURA          | ( ) | ARL POSITIVA | (X) |
| ARL AXA COLPATRIA | ( ) | ARL COLMENA  | ( ) |
| ARL BOLÍVAR       | ( ) | ARL LIBERTY  | ( ) |

Por lo anterior, asumo y me comprometo a realizar los pagos de aportes correspondientes a la aseguradora de riesgos laborales seleccionada durante los meses que dure el contrato.



Nombre: SEINY CATALINA SANABRIA BUENO  
C.C: 37.708.068 de Charalá



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.301

|                                                                                                                                                                     |     |      |                               |                                                             |                         |                                                       |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                            |     |      |                               | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                           |                         |                                                       |          |
| 11                                                                                                                                                                  | 09  | 2023 | SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO                    |                         |                                                       |          |
| DÍA                                                                                                                                                                 | MES | AÑO  | Ciudad                        |                                                             |                         |                                                       |          |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                       |     |      |                               |                                                             |                         |                                                       |          |
| PARTICULARES CONTADO                                                                                                                                                |     |      |                               | PARTICULARES                                                |                         |                                                       |          |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                |     |      |                               | Empresa en misión                                           |                         |                                                       |          |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte) |     |      |                               |                                                             |                         |                                                       |          |
| SANABRIA BUENO SEINY CATALINA                                                                                                                                       |     |      |                               | Genero                                                      | Edad                    | Documento de Identificación                           |          |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                 |     |      |                               | FEMENINO                                                    | 39 AÑOS 8 MESES 29 DÍAS | CC                                                    | 37708068 |
|                                                                                                                                                                     |     |      |                               |                                                             |                         | Tipo                                                  | Número   |
| Cargo<br>INSTRUCTOR                                                                                                                                                 |     |      |                               |                                                             |                         |                                                       |          |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)</b>                                           |     |      |                               |                                                             |                         |                                                       |          |
| Observaciones: NO APLICA                                                                                                                                            |     |      |                               |                                                             |                         |                                                       |          |
| NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)                                                                             |     |      |                               |                                                             |                         |                                                       | N/A      |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                             |     |      |                               | TIPO                                                        | RECOMENDACIONES         |                                                       |          |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                         |     |      |                               | NO APLICA                                                   | NO APLICA               |                                                       |          |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                  |     |      |                               |                                                             |                         |                                                       |          |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO                                                                                                                               |     |      |                               | PERFIL LIPÍDICO                                             |                         |                                                       |          |
| AUDIOMETRÍA                                                                                                                                                         |     |      |                               | EVALUACION OSTEOMUSCULAR                                    |                         |                                                       |          |
| OPTOMETRÍA                                                                                                                                                          |     |      |                               | ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO                                 |                         |                                                       |          |
| CUADRO HEMÁTICO                                                                                                                                                     |     |      |                               | VALORACION PSICOLOGICA                                      |                         |                                                       |          |
| GLICEMIA                                                                                                                                                            |     |      |                               | EVALUACION MEDICO CARDIOVASCULAR                            |                         |                                                       |          |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                             |     |      |                               | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES                               |                         | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES                   |          |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO                                                                                                                                  |     |      |                               | USO DE EPP : EN SITIO DE TRABAJO                            |                         | HÁBITOS SALUDABLES : DIETA Y EJERCICIO                |          |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO                                                                                                                                    |     |      |                               | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : MINIMO DOS VECES AL DÍA |                         | HACER DEPORTE : 30 MIN DIARIOS POR 5 DIAS A LA SEMANA |          |
|                                                                                                                                                                     |     |      |                               |                                                             |                         | DIETA BALANCEADA                                      |          |

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUENAS CONDICIONES GENERALES, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL, PORCENTAJE DE SATURACION NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, EVALUACION OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES. NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON ALTERACION METABOLICA DEL PESO CORPORAL DADA POR SOBREPESO, SE RECOMIENDA CAMBIO DE HABITOS ALIMENTICIOS Y EJERCICIO FISICO, SE RECOMIENDA INGRESO AL PROGRAMA DE RIESGO EPIDEMIOLOGICO CARDIOVASCULAR. REPORTE DE AUDIOMETRIA NORMAL, REPORTE DE OPTOMETRIA NORMAL, REPORTE DE PARACLINICOS CON ALTERACION DE TRIGLICERIDOS SE RECOMIENDA CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS Y EJERCICIO, OTROS PARACLINICOS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. REPORTE ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL, REPORTE DE PSICOLOGIA DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES. PUEDE INICIAR LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERA CONTRATADA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## Médico

*Fernando Pinzon*  
Dr. Edgar Fernando Pinzón Lasprilla  
Médico y Cirujano  
Reg. 01419 S.S.S.  
Espec. en Salud Ocupacional  
Resolución 00-4584 S.S.S.

Firma:

Nombre: PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO

R. M.: 01419 SSS

L.S.O.: 02437 SSS



Código de Seguridad

**H198N1T36301**

## Aspirante o Trabajador

*Seiny Roldán*

Firma:

Nombre: SANABRIA BUENO SEINY CATALINA

CC: 37708068



## ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) 11/09/2023 8:54 a.m.  
 Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO  
 Empresa: PARTICULARES Cargo: INSTRUCTOR  
 Nombres y Apellidos: SANABRIA BUENO SEINY CATALINA :CC 37708068 de SAN GIL Fecha de Nacimiento: 12/12/1983 12:00  
 Edad: 39 AÑOS 8 M Lugar de Nacimiento: CHARALÁ (SANTANDER, COLOMBIA) Dir. Residencia: CALLE 22 NIO 15 -37  
 Estudios: UNIVERSITARIO Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S: NUEVA EPS A.F.P: NO REFIERE A.R.L: NO REFIERE

### ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

| Empresa | Cargo | Manipulación | Postura Habitual | Movimiento | Tiempo |
|---------|-------|--------------|------------------|------------|--------|
|         |       |              |                  |            |        |

### POSTURA ESTÁTICA

|                     |                                         |
|---------------------|-----------------------------------------|
| ABDOMEN             | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| CABEZA              | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| HOMBROS             | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| MIEMBROS INFERIORES | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| MIEMBROS SUPERIORES | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| OTRA ¿CUÁL?         | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| PELVIS              | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| TRONCO              | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |

### ARCOS DE MOVILIDAD

|                                        |        |
|----------------------------------------|--------|
| CODO EXTENSIÓN 180°                    | NORMAL |
| CODO FLEXIÓN 145°                      | NORMAL |
| CODO PRONACIÓN 90°                     | NORMAL |
| CODO SUPINA 90°                        | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°   | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°     | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30° | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°    | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°         | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°          | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°         | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°           | NORMAL |
| HOMBRO ABDUCCIÓN 180°                  | NORMAL |
| HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°                 | NORMAL |
| HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°              | NORMAL |
| HOMBRO EXTENSIÓN 30°                   | NORMAL |
| HOMBRO FLEXIÓN 180°                    | NORMAL |
| HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°            | NORMAL |
| HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°            | NORMAL |
| MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°          | NORMAL |

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15° | NORMAL |
| MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°     | NORMAL |
| MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°     | NORMAL |
| OTRA ¿CUÁL?                   |        |

| EXTREMIDADES SUPERIORES |          |
|-------------------------|----------|
| FINKELSTEIN DERECHO     | NEGATIVO |
| FINKELSTEIN IZQUIERDO   | NEGATIVO |
| OTRA ¿CUÁL?             |          |
| PHALEN DERECHO          | NEGATIVO |
| PHALEN IZQUIERDO        | NEGATIVO |
| TINEL DERECHO           | NEGATIVO |
| TINEL IZQUIERDO         | NEGATIVO |

| EXTREMIDADES INFERIORES |          |
|-------------------------|----------|
| LASSEGUE DERECHO        | NEGATIVO |
| LASSEGUE IZQUIERDO      | NEGATIVO |

| COLUMNA VERTEBRAL         |        |
|---------------------------|--------|
| CIFOSIS DORSAL            | NO     |
| ESCOLIOSIS                | NO     |
| ESPALDA PLANA             | NO     |
| LORDOSIS CERVICAL         | NO     |
| LORDOSIS LUMBAR           | NO     |
| OTRA ¿CUÁL?               |        |
| PRUEBA DE SCHOBER         | CMS    |
| RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?) | NO     |
| ROTOESCOLIOSIS            | NO     |
| TEST DE WELLS             | NORMAL |

#### OBSERVACIONES

DENTRO DE LOS LMITES NORMALES NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

#### MÉDICO

Firma:   
 Dr. Edgar Fernando Pinzón Lasprilla  
 Médico y Cirujano  
 Reg. 01419 S.S.S.  
 Espec. en Salud Ocupacional  
 Resolución 00-4584 S.S.S.

Nombre: PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO

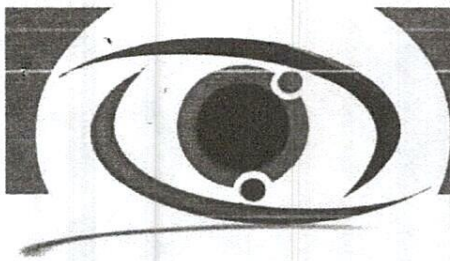
R. M.: 01419 SSS L.S.O.: 02437 SSS

#### TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: SANABRIA BUENO SEINY CATALINA

CC 37708068



CONSULTORIO DE  
OPTOMETRIA

DR. BRAULIO BENITO DIAZ GOMEZ

*La mejor opción para sus ojos*

EXAMEN VISUAL

SALUD OCUPACIONAL

NOMBRE: *Señ. Catalina Sanabria* FECHA: *11/09/23*  
I.D.: *37708068* EDAD: *39 - Años*

AV SC OD *20/120*  
VL OS *20/120*

AV SC OD *20/120*  
VP OS *20/120*

AV CC OD *NO USA*  
VL OS

AV CC OD *NO USA*  
VP OS

ESTADO REFRACTIVO: *Estado Emétropo*  
ESTADO MOTOR: *Dentro límites normales*  
PERCEPCION AL COLOR: *Dentro límites normales*

RECOMENDACIONES

- ☐ Valoración visual completa
- ☐ Uso de gafas
- ☐ Remisión a oftalmología
- ☒ NINGUNA

*Dr. Braulio B. Díaz Gómez O.D.*  
Optometría Clínica  
R.P. # 0297  
EXAMINADOR

Salud Visual Preventiva



CEMESO IPS

EDGAR FERNANDO PINZON LASPRIL  
CRA 10 NO. 16-33 684031 SAN GIL,  
COLOMBIA

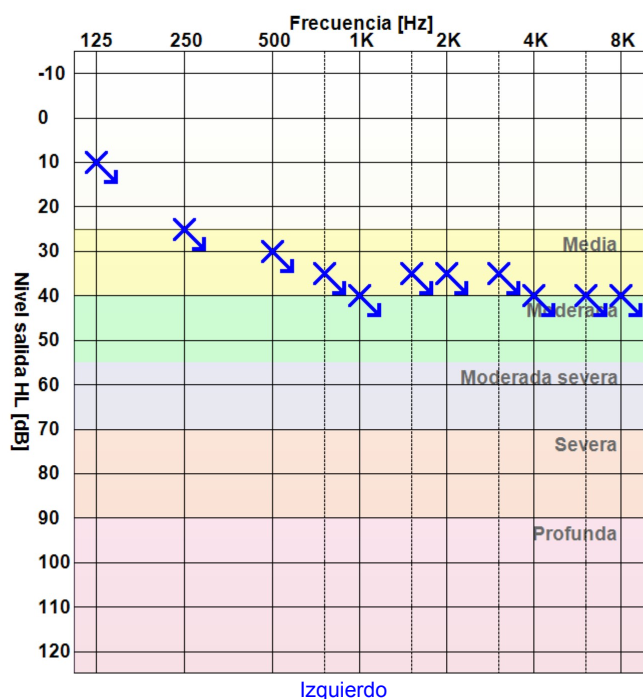
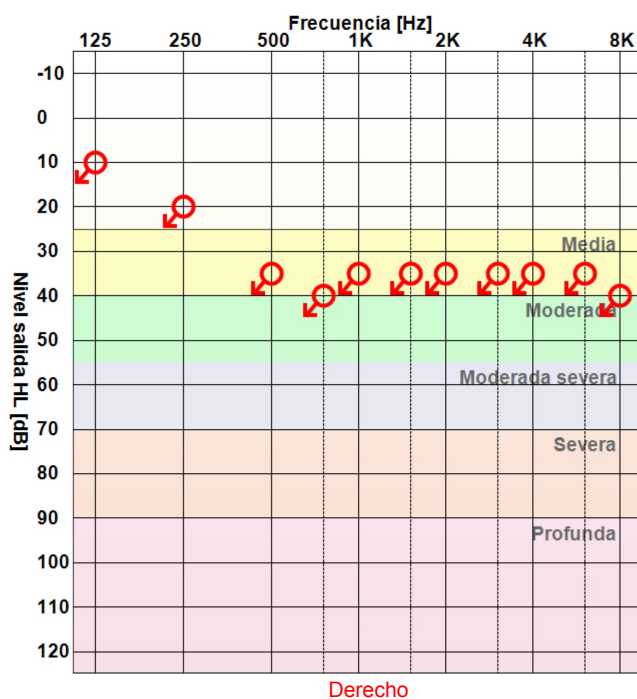
3102732388

SEINY CATALINA SANBRIA BUENO

Nº 37708068  
Fecha nacimiento 12/12/1983  
Edad 39  
Empresa/ Escuela PARTICULARES

11/09/2023 8:12 a. m.

|                 | 125  | 250  | 500  | 750  | 1K   | 1.5K | 2K   | 3K   | 4K   | 6K   | 8K   |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Aerea izquierda | (10) | (25) | (30) | (35) | (40) | (35) | (35) | (35) | (40) | (40) | (40) |
| Áereo derecha   | (10) | (20) | (35) | (40) | (35) | (35) | (35) | (35) | (35) | (35) | (40) |



#### Notas:

DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES --EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, 2023-09-11 08:14:34

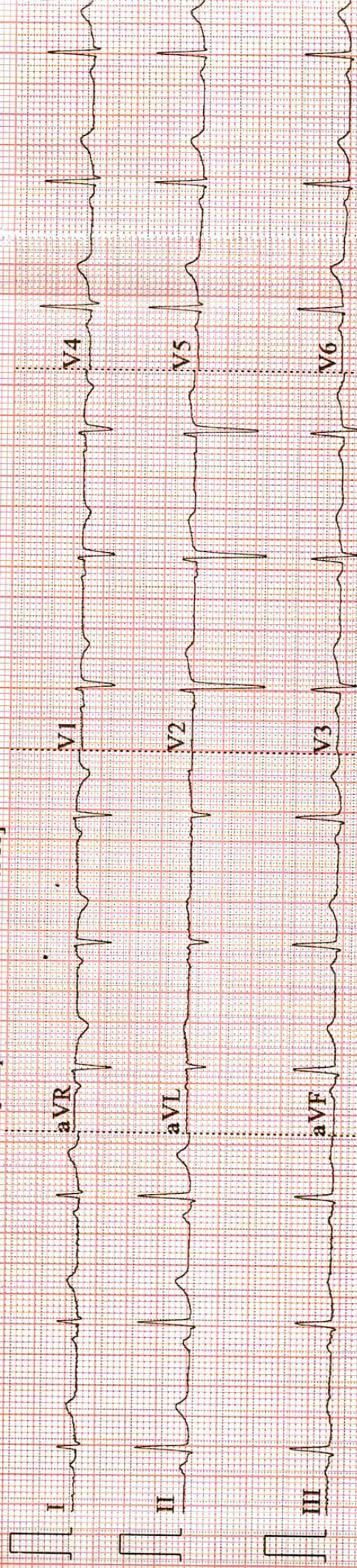
#### Legend

|                 | L | R |
|-----------------|---|---|
| AC              | X | O |
| AC - Masked     | □ | △ |
| BC              | > | < |
| BC - Masked     | ] | [ |
| MCL             | M | M |
| UCL             | U | U |
| AC - Mask Level | — | — |
| BC - Mask Level | — | — |

*Edgar Fernando Pinzon Lasprilla*  
Edgar Fernando Pinzon Lasprilla  
Reg. 11429 N.T.S.  
Firma y Sello Profesional

Usuario: EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA

ID: 1242 08-15-2022 20:00:08 [Dispositivo No.: 1964311]



0.32~45Hz AC60 25mm/s 10mm/mV ♥72 SE-3 V1.0 SEMIP V1.7 CEMESOIPS

ID: 1242

Cód. Minnesota:  
9-4-1

Información de Diagnóstico:  
Ritmo del seno  
\*\*\*ECG Normal\*\*\*

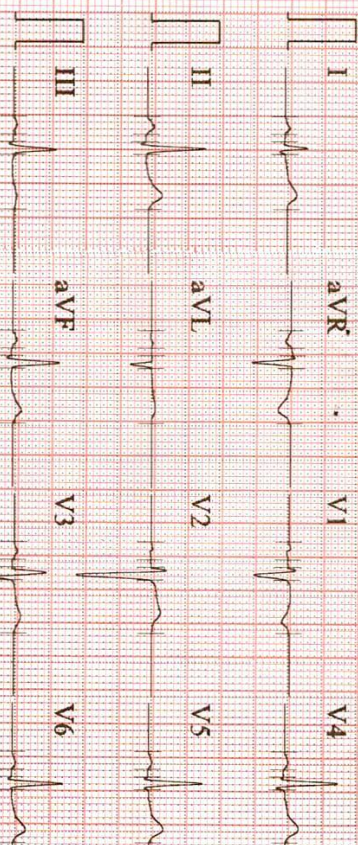
Plantilla de Promedios 25mm/s 10mm/mV

Masculino - / mmHg  
35 Años kg

FC : 72 bpm  
P : 104 ms  
PR : 147 ms  
QRS : 74 ms  
QT/QTc : 390/428 ms  
P/QRS/T : 59/77/42 °  
RV5/SV1 : 0.807/0.500 mV

Informe confirm por:

Dr. Edgar Fernando Pilon Lasprilla  
Médico Cardíaco  
Res. 014-19-S.S.S.  
Espec. en Salud Ocupacional  
Resolución 00.4584-S.S.S.





Código de Seguridad  
**Z198F33L41715**



## DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 41715

Municipio: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA)

Fecha y Hora: lunes, 11 de septiembre de 2023 08:03:20 a.m.

Nombres y Apellidos: SANABRIA BUENO SEINY CATALINA

CC: 37708068 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 12/12/1983 Edad: 39 AÑOS 8 MESES 29 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

## RESULTADOS DEL LABORATORIO

### HEMATOLOGÍA

#### CUADRO HEMÁTICO

| HEMOGRAMA              | RESULTADO   | VALOR NORMAL          |
|------------------------|-------------|-----------------------|
| Hematocrito%           | 46%         | M: 37 - 47 H: 40 - 54 |
| Hemoglobina g/dl       | 15.3g/dl    | M: 12 - 16 H: 13 - 17 |
| Rcto. Leucocitos / mm3 | 6.400/mm3   | 5.000 - 10.000        |
| Neutrófilos            | 57%         | 40 - 60 %             |
| Linfocitos             | 40%         | 20 - 40 %             |
| Eosinófilos            | 1%          | 2 - 5 %               |
| Monocitos              | 2%          | 2 - 10 %              |
| Basófilos              |             | 0 - 2 %               |
| Cayados                |             | 0 - 5 %               |
| Rcto. Plaquetas / mm3  | 303.000/mm3 | 150.000 - 450.000     |
| OBSERVACIONES          |             |                       |
|                        |             |                       |
|                        |             |                       |

Leidy Stefany Florez Puentes  
Bacteriólogo(a) RP: TP07868

Leidy Florez

### QUÍMICA

#### PERFIL LIPÍDICO

| QUIM. SANGUINEA  | RESULTADO | VALOR NORMAL          |
|------------------|-----------|-----------------------|
| Colesterol total | 194.0     | Hasta 200 mg/dl       |
| Colesterol HDL   | 55.0      | M: > 65 H: > 55 mg/dl |
| Colesterol LDL   | 98.6      | Menor de 160 mg/dl    |
| Triglicéridos    | 202.0     | Hasta 150 mg/dl       |

OBSERVACIONES: RESULTADOS VALIDADOS CON CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS.  
CORRELACIONAR RESULTADOS CON CLINICA DEL PACIENTE.

Leidy Stefany Florez Puentes  
Bacteriólogo(a) RP: TP07868

Leidy Florez

#### GLICEMIA

| QUIM. SANGUINEA    | RESULTADO | VALOR NORMAL       |
|--------------------|-----------|--------------------|
| Glicemia en ayunas | 82.2      | 70 - 100 mg/dl     |
| Glicemia post      |           | Menor de 140 mg/dl |

OBSERVACIONES: RESULTADOS VALIDADOS CON CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS. CORRELACIONAR  
RESULTADOS CON CLINICA DEL PACIENTE.



**NIT. 901073980 - 4**  
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander  
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917  
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



**Código de Seguridad**  
**Z198F33L41715**



#### DATOS PERSONALES

**Orden de Servicio N°: 41715**

Municipio: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: lunes, 11 de septiembre de 2023 08:03:20 a.m.  
Nombres y Apellidos: SANABRIA BUENO SEINY CATALINA CC: 37708068 Género: FEMENINO  
F. Nacimiento: 12/12/1983 Edad: 39 AÑOS 8 MESES 29 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

**Leidy Stefany Florez Puentes**  
Bacteriólogo(a) RP: TP07868

*Leidy Florez*



## **CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL**

### **INFORME**

El presente informe es confidencial, por la delicada naturaleza del mismo al contener información personal y laboral del participante, deberá guardarse bajo estricta privacidad y solo los responsables en la toma de decisión deberán tener acceso a este. Las recomendaciones hacen referencia a las disposiciones, competencias actuales del colaborador.

### **VALORACIÓN PSICOLÓGICA**

**NOMBRE:** SEINY CATALINA SANABRIA BUENO

**IDENTIFICACIÓN:** 37708068

**EMPRESA QUE LO SOLICITA:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

**CARGO A DESEMPEÑAR:** INSTRUCTORA DE AREA DE ARTESANIAS

**FECHA DE LA VALORACIÓN:** 11 DE SEPTIEMBRE 2023

**QUIEN REALIZA LA VISITA:** ELIZABETH SANCHEZ RODRIGUEZ

**JUSTIFICACIÓN:** La valoración psicológica es un proceso que se desarrolla en un determinado tiempo y espacio en el cual se establece una relación entre el entrevistado y el psicólogo. Esta constituye un recurso muy útil, orientado al conocimiento y evaluación de los evaluados, consiguiendo brindar información sobre fortalezas, habilidades y recursos personales, acentuando la comprensión del individuo. Por lo tanto, es importante como persona poder manifestar las preocupaciones, emociones o sentimientos de frustración o de desesperanza en alguno de los casos, con el fin de que el profesional pueda contribuir mediante la orientación a dar el debido proceso para establecer un equilibrio o estabilidad emocional.

**OBJETIVO:** Brindar el apoyo psicosocial para determinar el estado de la salud mental del evaluado, identificando rasgos de personalidad, conductas apropiadas, dominio en las competencias del rol, expectativas, procesos mentales y el desempeño en los contextos laborales, familiares y sociales.

**ELIZABETH SANCHEZ RODRIGUEZ**

Psicóloga

[Esrmag26@hotmail.com](mailto:Esrmag26@hotmail.com)

Cel: 300 257 8007





## CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

**METODOLOGÍA:** Se realizará una psicoeducación atendiendo a la necesidad del colaborador o de la empresa que lo requiera, teniendo en cuenta todo lo que manifiesta el evaluado acerca de sus áreas de ajustes y áreas de desarrollo, así mismo, hacer el análisis respectivo para dar las recomendaciones correspondientes.

### RESULTADOS

**SITUACIÓN ACTUAL:** Persona a la cual se le realizó entrevista, arrojando como resultado que se encuentra entre los límites normales, adaptativo a la sociedad la cual está representando. No demuestra patologías de orden superior ni otras que versen sobre enfermedad mental, por lo cual goza de plena conciencia, encontrándose dentro de los parámetros establecidos para lo cual lo requiere, sin ninguna intervención psicológica de forma clínica.

**ÁREA FAMILIAR:** tienen una apreciación solidaria, basadas en las buenas relaciones, se incluyen en conversaciones sanas, comparten historias familiares y recuerdos, reconociendo siempre las diferencias, talentos y habilidades de cada uno.

**ÁREA SOCIAL:** interactúa y se relaciona correctamente con otras personas, se considera una persona afectiva y mutuamente satisfactoria, tratando siempre de tener en cuenta las necesidades e intereses de otros.

**ÁREA LABORAL:** persona agradecida por la oportunidad que le brinda la empresa. Tiene la mejor disponibilidad para aprender y dar lo mejor laboralmente. Dice que su mayor fortaleza es generar un buen trabajo en equipo.

*Elizabeth Sánchez Rodríguez*  
Psicóloga N. 133442

**ELIZABETH SANCHEZ RODRIGUEZ**

Psicóloga

Esp. En Gerencia En Riesgo SST

**ELIZABETH SANCHEZ RODRIGUEZ**

Psicóloga

[Esrmag26@hotmail.com](mailto:Esrmag26@hotmail.com)

Cel: 300 257 8007

