SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**88001-507445**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA	**C.C.**	1.056.868.259	**IP/Nº de contacto**	3112741064
Correo electrónico contratista:	leaparicio@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO AGRARIO DE COLOMB **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 415752011813

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4477317/2023 **Nº Compromiso SIIF** **923**

Valor Total del Contrato	$ 6.942.028	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.942.028	**1**	**Del**	**26/01/2023**	**Al**	**26/01/2023**	**$ 130.982,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.811.046		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el programa Articulación con la Educación Media- Doble Titulación en el área PECUARIA de acuerdo con la programación establecida.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 130.982		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 130.982**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 0**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8622631747**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 32.745	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ -13.328	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	0,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 334	799,00	0,610%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$130.183,00**	

SON: CIENTO TREINTA MIL CIENTO OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

26-01-23 duitama-cedeagro desarrollo de actividades curriculares

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

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

LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LUIS ALEJANDRO AGUIRRE CAMACHO
INSTRUCTOR G19

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

ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1056868259 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2022-12	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	244.200	0	244.200
Período salud:	2022-12	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	190.800	0	190.800
Planilla Nro.:	8622631747 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	16.000	0	16.000
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2022-12-26	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	AV VILLAS	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:		PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 451.000

PAGADO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA** con **CC** No. **1056868259**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 18/01/2023 **Estado Afiliación:** INACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 18/01/2023 **Fecha fin de Contrato:** 16/07/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** 27/01/2023

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301013305076.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, 13 de marzo de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1052848000**	**EMMANUEL JACOB JOYA APARICIO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA

C.C. 1056868259 DE SATIVASUR - BOY

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61987578

NUIP 1052848000

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D Y X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA - NOTARIA 1 DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JOYA	APARICIO

Nombre(s)

EMMANUEL JACOB

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 27	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23013910311604

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

APARICIO VELANDIA LIDA ESPERANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1056868259	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

JOYA GOMEZ JAIRO HERLENDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1052403445	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JOYA GOMEZ JAIRO HERLENDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1052403445	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) **Firma**

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes ENE Día 30	RAQUEL CECILIA OYUELA PARAMO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	RAQUEL CECILIA OYUELA PARAMO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:LIBRO DE VARIOS TOMO 79 FOLIO 169;30/01/2023

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Cadena s.a.

Hace constar:

Que el Sr(a) LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1056868259 realizó el día 07/03/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1056868259 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Hace constar:

Que el Sr(a) LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1056868259 el día 07/03/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14711314621

(415)7707212489984(8020) 000001471131462 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 6 8 6 8 2 5 9	0	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 6 8 6 8 2 5 9	2 0 1 2 0 5 0 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sativasur 7 2 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
APARICIO	VELANDIA	LIDA	ESPERANZA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

41. Dirección principal
CR 38 C 13 B 19 BRR SEVILLA II

42. Correo electrónico li1317.leav@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 7 4 1 0 6 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 1 8 0 1 1 2	7 5 0 0	2 0 1 6 0 6 0 1	4 7 7 3	0 1 6 2			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 09 - 17 / 15 : 36: 11

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre APARICIO VELANDIA LIDA ESPERANZA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: APARICIO VELANDIA LIDA ESPERANZA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1056868259, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-157-52-01181-3, con una antigüedad de OCHO (8) año(s).

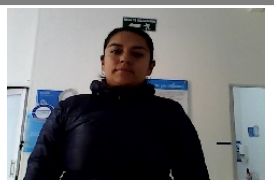
Se expide en SATIVANORTE, a los treinta (30) días del mes de noviembre de 2022, con destino a: QUIEN INTERESE

Banco Agrario de Colombia
OF. SATIVANORTE-BOY
FIRMA AUTORIZADA

DIRECTOR (A) OFICINA

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1056868259-74679

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21 ene. 2022 - MIRAFLORES	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA	**Identificación:**	1056868259
Género	FEMENINO **Edad:** 27	**Teléfono**	**Móvil:** 3112741064
Fecha Nacimiento:	17/04/1994	**Cargo:**	INSTRUCTOR (A) SENA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CRA 38C # 13B-19	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULARES -	**Peso: 70.8 Talla: 162 IMC: 27**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EVALUACION PSICOLOGICA	Examen de ingreso satisfactorio. Al momento de la valoración no presenta alteraciones psicológicas relevantes o riesgo psicosocial que afecte adecuado desempeño en cargo. Cuenta con herramientas que permitirán realizar con éxito labor y hacer frente a los factores de riesgos psicosociales, protegiendo así su salud mental. Se recomienda proceso de inducción que permita claridad en funciones y horario, alcance de cargo. informar respecto a salud mental en COVID- 19 Y la importancia del autocuidado, Se recomienda realizar pausas activas y actividad física como factor protector de estrés laboral.
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO.
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AL MENOS 30 MINUTOS DIARIOS POR 5 DÍAS SEMANALES. HIGIENE POSTURAL, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS DE 5 MINUTOS LA MENOS CADA 2 HORAS EN SU PUESTO DE TRABAJO. USO CORRECTO DE LOS EPP SEGÚN EL CARGO. USO DE PROTECTOR SOLAR POR ENCIMA DE FILTRO 60 EN CASO DE EXPOSICIÓN SOLAR.
HEMOGRAMA IV	Realizado
GLICEMIA	Realizado
UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD	Realizado
PERFIL LIPIDICO	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

CARDIOVASCULAR	-	PPyP

Información de Remisiones

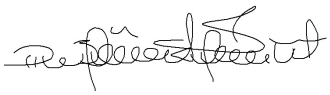
NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fuí ¡nformado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. 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.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'







CARLOS FERNANDO LOPEZ MORALES

Médico Especialista en Salud Laboral 1520/17 1522/12

LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA 1056868259

Firma y cédula del Paciente

Escanea este QR para vericacion Autencidad

35909027

NT. 900152996-7

No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-01-21 07:06:20
Fecha Impresión : 2022-01-24 15:20:57.

Paciente	: LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	: CRA 38 C # 13B-19 DUITAMA	**Identificación**	: CC 1056868259
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 27 A FEMENINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3112741064 -

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

INMUNOQUIMICA

COLESTEROL TOTAL

COLESTEROL TOTAL

Resultado **222** mg/dl

Deseable < 200 mg/dl
Limitrofe Alto 200 - 239 mg/dl
Alto > 240 mg/dl

DATO CONFIRMADO. SE SUGIERE CORRELACIONAR CON CUADRO CLÍNIC

Fecha / Hora Validado : 2022-01-22 / 13:05

GLUCOSA EN SUERO. LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

GLUCOSA EN SUERO. LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Resultado : **82** mg/dl 74 100 mg/dl
74-100 mg/dL

Fecha / Hora Validado : 2022-01-22 / 13:05

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

HDL (COLESTEROL ALTA DENSIDAD)

Resultado **63** mg/dl

Bajo < 40 mg/dl
Alto >o= 60 mg/dl

Fecha / Hora Validado : 2022-01-22 / 13:05

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Escanea este QR para vericacion Autencidad

35909027

NT. 900152996-7

No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-01-21 07:06:20
Fecha Impresión : 2022-01-24 15:20:57.

Paciente	: LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	: CRA 38 C # 13B-19 DUITAMA	**Identificación**	: CC 1056868259
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 27 A FEMENINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3112741064 -

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOQUIMICA			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]			
Resultado	**90.2**	mg/dl	Optimo : Hasta 100 mg/dl Casi Optimo: 100 - 129 mg/dl Moderado : 130 - 159 mg/dl Elevado : 160 - 189 mg/dl Muy Elevdo : > 190 mg/dl
Fecha / Hora Validado : 2022-01-22 / 13:05			
TRIGLICERIDOS			
TRIGLICERIDOS			
Resultado	**344**	mg/dl	Normal <150 mg/dL Limitrofe Alto 150-199 mg/dl Alto 200-499 mg/dL Muy Alto > 500 mg/dL **DATO CONFIRMADO. SE SUGIERE CORRELACIONAR CON CUADRO CLÍNIC**
Fecha / Hora Validado : 2022-01-22 / 13:05			

RUBI HAYDEE CONDE CACUA
BACTERIOLOGA
1094273969

MICROSCOPIA

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Escanea este QR para vericacion Autencidad

35909027

NT. 900152996-7

Carvajal Laboratorios ips
·Cuida bien de ti·

No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-01-21 07:06:20
Fecha Impresión : 2022-01-24 15:20:57.

Paciente	:	LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA	**C.Costo**	:	REMITIDOS
Direccion	:	CRA 38 C # 13B-19 DUITAMA	**Identificación**	:	CC 1056868259
Entidad	:	CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	:	27 A FEMENINO
Médico	:	MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	:	3112741064 -

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
UROANÁLISIS			
UROANÁLISIS			
FISICO QUIMICO			
Color	**AMARILLO**		
Aspecto	**TURBIO**		
Glucosa	**NEGATIVO**		
Proteinas	**NEGATIVO**		
Bilirrubinas	**NEGATIVO**		
Urobilinogeno	**NORMAL**		
P.H.	**5.0**		
Densidad	**1.030**		
Sangre	**NEGATIVO**		
Cetonas	**NEGATIVO**		
Nitritos	**NEGATIVO**		
Leucocitos	**NEGATIVO**		
MICROSCOPICO			
Leucocitos	**4-6**	xc	
Hematies	**0-2**	xc	
Células Epiteliales	**4-6**	xc	
Bacterias	**++**		
Moco	**+**		

Fecha / Hora Validado : 2022-01-21 / 16:59

DRA TATIANA BLANCO ANGARITA
BACTERIOLOGA
T.P # 5-0069

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Escanea este QR para vericacion Autencidad

35909027

NT. 900152996-7

No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-01-21 07:06:20
Fecha Impresión : 2022-01-24 15:21:04.

Paciente	: LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	: CRA 38 C # 13B-19 DUITAMA	**Identificación**	: CC 1056868259
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 27 A / FEMENINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3112741064 -

HEMATOLOGIA
HEMOGRAMA IV
HEMOGRAMA IV

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Leucocitos	**10.14**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0 x10^3mm^3
% Neutrofilos	**61.0**	%	43.6 - 73.4
% Linfocitos	**32.3**	%	19.1 - 48.5
% Monocitos	**4.2**	%	0.0 - 6.8
% Eosinofilos	**2.3**	%	2.0 - 4.0 %
% Basofilos	**0.2**	%	0.0 - 1.0 %
% Aly	**0.3**	%	0.0 - 2.5 %
% Lic	**4.3**	%	0.0 - 3.0 %
# Neutrofilos	**6.19**	x10^3mm^3	2.0 - 7.50 x10^3mm^3
# Linfocitos	**3.28**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00 x10^3mm^3
#Monocitos	**0.42**	x10^3mm^3	0.00 - 0.52 x10^3mm^3
# Eosinofilos	**0.23**	x10^3mm^3	0.0 - 0.50 x10^3mm^3
# Basofilos	**0.02**	x10^3mm^3	0.0 - 0.20 x10^3mm^3
# Aly	**0.03**	x10^3mm^3	0.0 - 0.25 x10^3mm^3
# Lic	**0.44**	x10^3mm^3	0.0 - 0.30 x10^3mm^3

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Escanea este QR para vericacion Autencidad

35909027

NT. 900152996-7

No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-01-21 07:06:20
Fecha Impresión : 2022-01-24 15:21:04.

Paciente	: LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	: CRA 38 C # 13B-19 DUITAMA	**Identificación**	: CC 1056868259
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 27 A / FEMENINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3112741064 -

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA IV				
Recuento de Eritrocitos	**4.93**	x10^6/mm^3	3.80 -	5.80 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**13.6**	g/dl	Hom. 14.0-17.0	Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**41.7**	%	Hom. 42.0-48.0	Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**84.6**	fl	80 -	100
HB Corspuscular Media	**27.7**	pg	26.0 -	30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**32.7**	g/dl	31.0 -	34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**14.2**	%	11	15
Recuento de Plaquetas	**341**	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**9.0**	fl	8.3	12.1
Ancho de Distribución Plaquetas	**15.6**	%	9.0	17.0
Plaquetocrito	**0.306**	%	0.16	0.36

Fecha / Hora Validado : 2022-01-22 / 12:45

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Escanea este QR para vericacion Autencidad

35909027

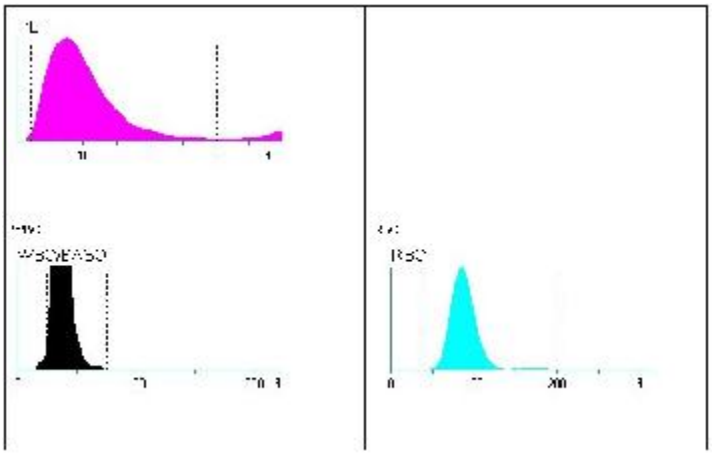
NT. 900152996-7

No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-01-21 07:06:20
Fecha Impresión : 2022-01-24 15:21:04.

Paciente	: LIDA ESPERANZA APARICIO VELANDIA	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	: CRA 38 C # 13B-19 DUITAMA	**Identificación**	: CC 1056868259
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 27 A / FEMENINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3112741064 -

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

HEMATOLOGIA



BRANDON DAYAN RANGEL SEPULVEDA
BACTERIOLOGO
T.P 1010204894

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

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 1056868259 **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 22/03/2023 12:02 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC