

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS CON CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

11

940510

Marzo de 2024

MARZO 2024 - 2,24

22903-095381

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:

Cédula de Ciudadanía

Correo electrónico:

IP/N° de contacto:

Inducción SST:

Régimen del IVA:

LUDIVIA CALDERON PENA

52.098.399

lcalderonp@sena.edu.co

0

SI

NO RESPONSABLE

Banco a consignar:

Tipo de cuenta:

Número de Cuenta:

Presta Servicios Excluidos de IVA:

Pertenece al régimen simple de tributación:

Es declarante de renta por el año gravable 2023

BANCOLOMBIA

AHORROS

20015947522

SI

NO

SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?

Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)

¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?

Concepto del pago corresponde a:

TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

NO

NO

NO

SI

Servicios en general a persona declarante de renta

4,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:

Nº Compromiso SIIF

Número de pagos durante la vigencia del contrato

5865393/2024

21424

6

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos de formación complementaria presencial atendiendo los procesos y lineamientos de la formación profesional integral, de acuerdo con las necesidades del Centro de Servicios Financieros

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del

01/03/2024

Al

31/03/2024

Número de pago

Valor Bruto Pago:

2

\$ 4.465.500,00

Saldo Anterior del Contrato:

Valor Total del Contrato:

Nuevo Saldo del Contrato:

\$ 22.327.500

\$ 26.793.000

\$ 17.862.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

Ingresos por comisiones

Ingresos de otros meses cobrados en el mes

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 4.465.500

\$ 0

\$ 0

\$ 4.465.500

\$ 2.368.200

Servicios en general a persona declarante de renta

Retencion en la Fuente del Periodo

Menos, Retefuente Otros Ingresos

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

4,00%

\$ 178.620

\$ 0

\$ 178.620

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

Ingreso Base de Cotización - IBC

Aporte obligatorio a seguridad social salud

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

ARL

Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes

Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes

Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias

Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC

Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias

Intereses Prestamo de Vivienda

Dependientes hasta

Salud hasta

Renta Exenta 25%

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.

Retención en la Fuente Contingente

Marzo

Febrero

75588878

\$ 1.786.200

\$ 1.786.200

\$ 223.300

\$ 223.300

\$ 285.800

\$ 285.800

\$ -

\$ 0

\$ 9.400

\$ 9.400

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ 753.040

\$ -

\$ 18.590.675

\$ 652.000

\$ 986.750

\$ -

\$ -

Base retención en la fuente a título de RENTA

Base retención en la fuente a título de ICA

Valor base IVA

IVA (Si es RESPONSABLE)

Menos Retención en la Fuente

Menos Retencion IVA

Reteica - 8299 - BOGOTÁ

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Descuentos de embargo (Si tiene)

VALOR A PAGAR

4.465.500,00

3.956.400,00

0,00

0,00

178.620,00

0,00

38.219,00

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

0,00

\$4.248.661,00

TARIFA

19%

4,00%

15%

0,966%

0%

0%

0%

0%

0,000%

0,000%

0,000%

0,000%

0,000%

0,000%

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

obl 1.Se realizó planeación y formación de aprendices, ficha: 2015199 Apropiación de Tecnología Informática para personas con discapacidad visual, 18 aprendices 96 h.

obl3. En la inducción se orientó a los aprendices acerca de los compromisos al tomar la capacitación incluyendo: horario, actividades, evaluaciones, entre otras.

obl7. Se divulga y promueve el portafolio de la coordinación a empresas y entidades públicas y privadas.

obl8.Se registran las novedades y juicios evaluativos de las fichas asignadas de los cursos vigentes.

obl 11. Se realizó inducción y evaluación del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo.

obl16. Se diligencian y presenta los informes mencionados. Se adjunta planilla aportes mes de febrero de 2024.

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

LUDIVIA CALDERON PENA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS
INSTRUCTOR G16

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

El aportante **LUDIVIA CALDERON PEÑA**, identificado con **CC** número **52098399**, aportó en nombre de **LUDIVIA CALDERON PEÑA**, identificado(a) con **CC** número **52098399** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-02** y salud **2024-02** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	D/AS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARTICIPALES Y SALUD
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones							X								0		30	\$1.786.200	\$285.800	\$0	\$0	Febrero - 2024	75588878	15/03/2024	N
CCF21	Cafam Caja de Compensación Fliar							X								0		30	\$1.786.200	\$10.800	\$0	\$0	Febrero - 2024	75588878	15/03/2024	N
EPS008	Compensar EPS							X								0		30	\$1.786.200	\$223.300	\$0	\$0	Febrero - 2024	75588878	15/03/2024	N
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS							X								0		30	\$1.786.200	\$9.400	\$0	\$0	Febrero - 2024	75588878	15/03/2024	N

El presente certificado se expide a los 15 días del mes Marzo de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreccion: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA SUR 2
7443001

DIRECCIÓN
EMAIL

Autopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40
citas.sur@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-02-21

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LUDIVIA CALDERON PEÑA	Identificación CC	Nro 52098399
Fecha de Nacimiento	1971-11-20	Edad	52
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	F
Cargo	INSTRUCTORA		
Fecha Ingreso	2023-02-21 11:59:18	Fecha Salida	2023-02-21 12:24:25

EXAMENES

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO

RECOMENDACIONES

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:

SI

Observaciones:

CONTINUAR CON CONTROLES OFTALMOLOGICOS

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA
VALORACION EPS

SI

SI

Observaciones:

NUTRICIÓN

OTRAS:

NO PRESENTA

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL

SI

OTROS

NO PRESENTA

La presente certificación se expide con 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 y Resolución 217 de 2014.

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 de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



RICARDO ANDRES MENDOZA PATERNINA

RM: 73188203

Firma y sello del médico

LUDIVIA CALDERON PEÑA

CC 52098399

Firma del trabajador

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA SUR 2
7443001

DIRECCIÓN
EMAIL

Autopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40
citas.sur@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-02-21

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUDIVIA CALDERON PEÑA	Identificación CC	Nro 52098399
Fecha de Nacimiento	1971-11-20	Edad	52
Sexo	F		
Empresa	PACIENTE OCASIONAL		
Cargo	INSTRUCTORA		
Fecha Ingreso	2023-02-21 12:07:04	Fecha Salida	2023-02-21 12:18:14

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO
--------------------	---------

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	INSTRUCTORA
TIEMPO EN EL CARGO	1 AÑO
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNO

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN LIMPIEZA AUDITIVA	SI	ANUAL
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	

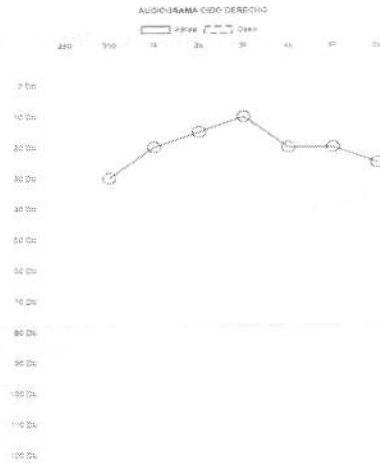
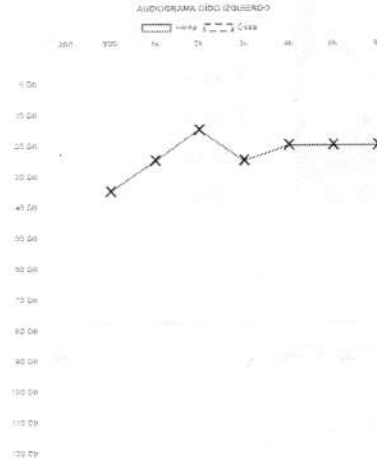
EXAMENES AUDIOLOGICOS
COMPLEMENTARIOS

NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL

NO



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				30			20			15			10			20			20			25		
OI				35			25			15			25			20			20			20		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO INGRESO

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO INSTRUCTORA

TIEMPO EN EL CARGO
NIVEL DEL RUIDO
TIPO DE PROTECCION

1 AÑO
MEDIO
NINGUNO

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)

16.25
21.25

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB
OBSERVACIONES

BILATERAL
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1

Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA
CONTROL AUDITIVO EN
LIMPIEZA AUDITIVA
USO DE E.P.P. AUDITIVO
VALORACION / CONTROL POR ORL
EXAMENES AUDIOLOGICOS
COMPLEMENTARIOS

NO

SI

ANUAL

NO

NO

NO

NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL

NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

NORMA VANEGAS C.
Norma Vanegas
Fonocardióloga
Especialista en GOSI

NORMA CONSTANZA VANEGAS CASTELLANOS

RM: 1023901804

Firma y sello del médico evaluador

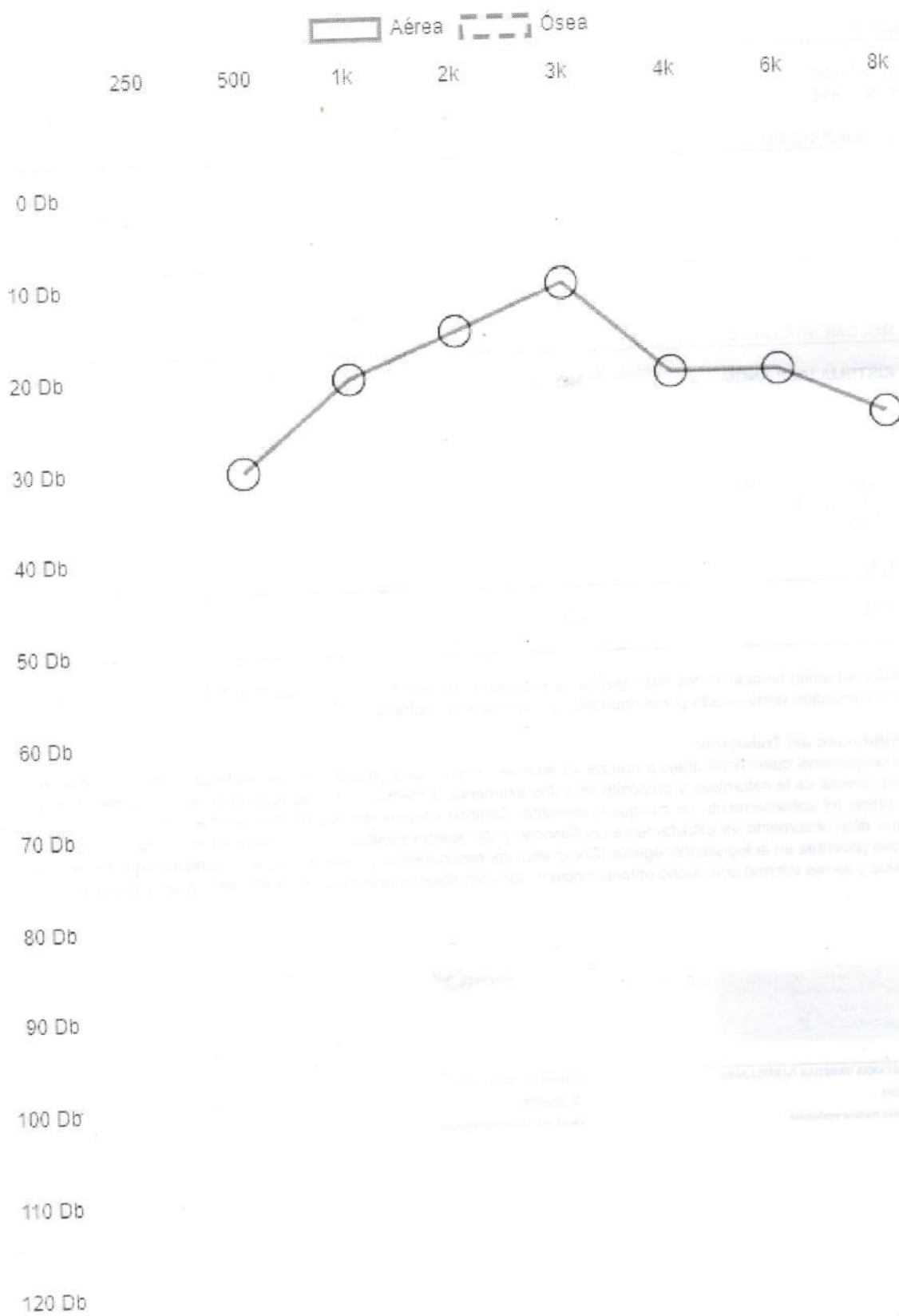
Jodro

LUDIVIA CALDERON PEÑA

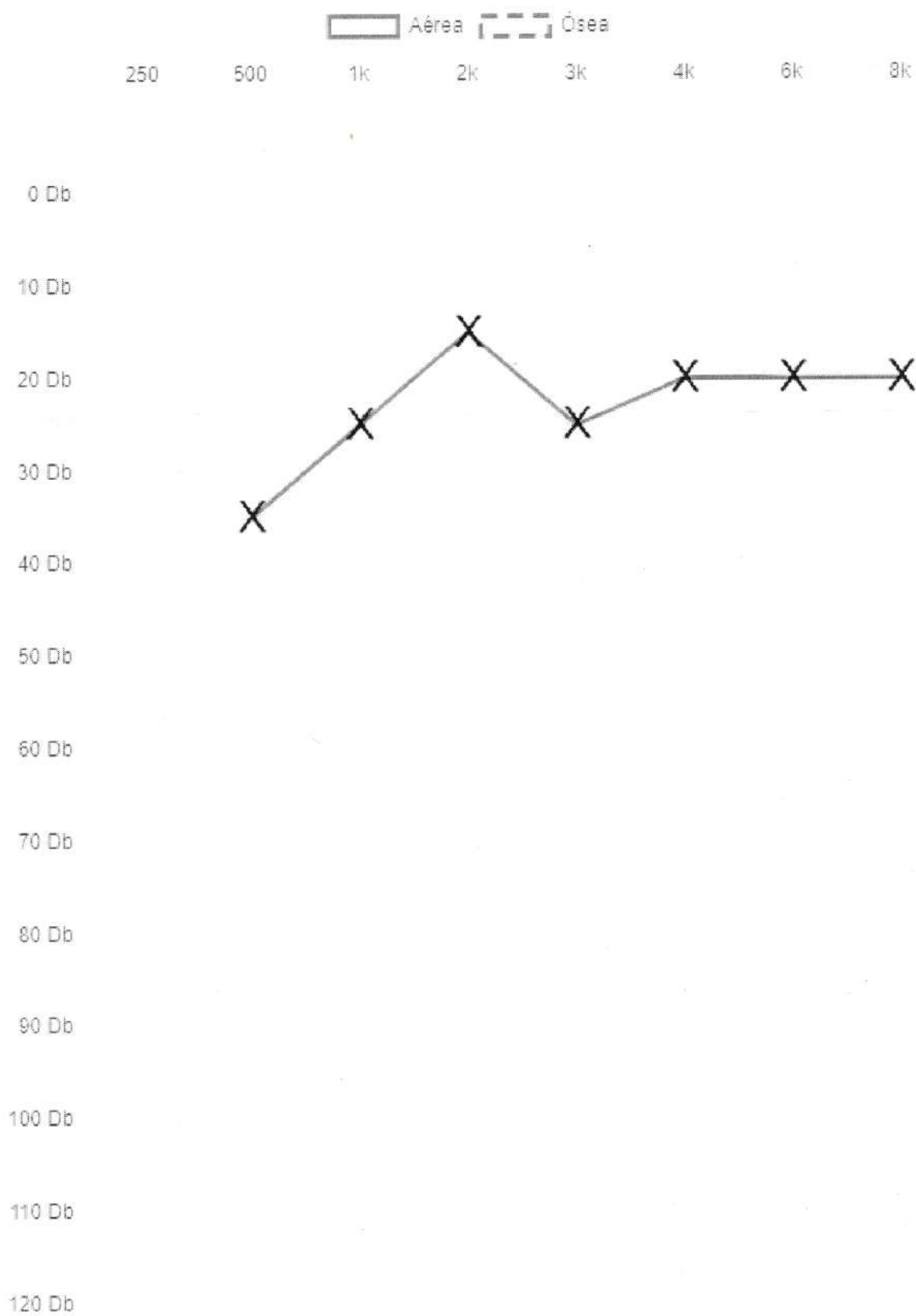
CC 52098399

Firma del trabajador evaluado

AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO



AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO



SEDE
TELÉFONOCENDIATRA SUR 2
7443001DIRECCIÓN
EMAILAutopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40
citas.sur@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-02-21

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUDIVIA CALDERON PEÑA	Identificación CC	Nro 52098399
Fecha de Nacimiento	1971-11-20	Edad	52
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	F
Cargo	INSTRUCTORA		
Fecha Ingreso	2023-02-21 12:20:24	Fecha Salida	2023-02-21 12:20:59

DATOS EMPRESA

EVOLUCION

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES

ACCIDENTE ARMA BLANCA PROTESIS OJO IZQUIERDO A LA EDAD DE 4 AÑOS
DESPRENDIMIENTO TOTAL DE RETINA A LOS 11 AÑOS CEGUERA TOTAL

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

VISION CROMATICA
FORIA VERTICAL
FORIA LATERALNORMAL
NORMAL
NORMALCEGUERA TOTAL TRATAMIENTO EN OJO
DERECHO POR ULCERA CORNEAL
ENUCLEACION EN OJO IZQUIERDO , PROTESIS
OCULAR

AGUDEZA VISUAL CERCANA

FORIA LATERAL

NORMAL

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1

H540: Ceguera de ambos ojos

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

CONTINUAR CON CONTROLES OFTALMOLOGICOS

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL

NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

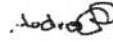
Autoorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me

informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.


Diana Moreno B.
OPTOMETRA - REG. 3569
ESP. S.O. RES. 7818/2018

DIANA MORENO BALLESTEROS

RM: 1033720809



LUDIVIA CALDERON PEÑA

CC 52098399

PSICOMETRICO

SEDE: CENDIATRA SUR 2

DIRECCIÓN: Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694

EMAIL: citas.sur@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-23

CC: 52098399

Nombres y apellidos: LUDIVIA CALDERON PEÑA

Fecha de nacimiento: 20/11/1971

Edad: 52 Sexo: FEMENINO RH: O +

Teléfono:

Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: INSTRUCTOR

Fecha ingreso: 23/01/2024

Fecha salida: 23/01/2024

Teléfono acompañante:



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

OBSERVACIONES:

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, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS. DE ACUERDO CON EL 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: ESTE TEST CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UN TEST DIAGNOSTICO.

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:

Ana Maria Luque R.
Ana Maria Luque
Ramirez
Psicóloga - Exp. SST
T.P. 156592
Lic. SST 1553 de 2020

ANA MARIA LUQUE RAMIREZ

RM: 156592

Firma y sello del médico

Ludivia Calderon

LUDIVIA CALDERON PEÑA

CC: 52098399

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

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : 1 DE MAYO

No INGRESO: 9654532

Paciente: LUDIVIA CALDERON PEÑA

Edad: 52 Años

Medico: RODRIGUEZ PACHON GISELLE IVETH

Fecha y Hora de ingreso: 2023-11-27 09:22

Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 2023112704976

Historia: CC-52098399

Género: Femenino

Teléfono: 5370844-0

Fecha de impresión: 2023-12-16 08:45

Cama:

Examen	Intervalo Biológico de Referencia	
--------	-----------------------------------	--

BIOQUIMICA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Resultado: 92.2 mg/dL 70.0-100.0

METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Resultado: 0.95 mg/dL 0.51-0.95

METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~

COLESTEROL TOTAL

Resultado: 244.2 mg/dL * 100.0-200.0

Sin riesgo: Menor de 200.0 mg/dl
Riesgo moderado: 200.0 - 239.0 mg/dl
Riesgo alto: Mayor de 240 mg/dl

METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD

Resultado: 47.8 mg/dL

Sin riesgo: Mayor de 65 mg/dl.
Riesgo moderado: 45 - 65 mg/dl.
Alto Riesgo: Menor de 45 mg/dl

Intervalo Biológico de Referencia según consenso ATPIII.

METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

TRIGLICERIDOS

Resultado: 104.8 mg/dL 4.0-200.0

METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

Profesional Responsable: LAURA VANESA POLO GARCIA. Tp: 1067920408

UROANALISIS

UROANALISIS

COLOR . AMARILLO

ASPECTO. TRANSPAREN

Transparente a Ligeramente turbio

DENSIDAD URINARIA. 1016 1005-1030

pH. 6.0 4.8-7.4

LEUCOCITOS/ESTEARASA. 100 /uL

NITRITOS. NEGATIVO

PROTEINAS. NEGATIVO mg/dL

GLUCOSA. NORMAL mg/dL

CETONAS. NEGATIVO mg/dL

Negativo.

UROBILINOGENO. NORMAL mg/dL

BILIRRUBINA. NEGATIVO mg/dL

HEMOGLOBINURIA. NEGATIVO /uL

BACTERIAS. +

CALDERON PEÑA LUDIVIA Orden: 2023112704976

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : 1 DE MAYO

Examen		Intervalo Biológico de Referencia	
<u>UROANALISIS</u>			
CELULAS EPITELIALES.	15 /uL	*	0-5
LEUCOCITOS.	10 /uL	*	0-9
HEMATIES.	1 /uL		0-6
OTROS.	-		
CELULAS NO ESCAMOSAS : 1-10 /uL			
METODO:MICROSCOPIA AUTOMATIZADA			

Profesional Responsable: CLAUDIA MARINA VEGA PAEZ. Tp: 51751946

CALDERON PEÑA LUDIVIA Orden: 2023112704976

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.