SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**68245-867083**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RUTH MARCELA BELTRAN BETANCOURT	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	52.815.822	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	marcebeltranb@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0049000200193188
IP/Nº de contacto:	3115502316	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	SI
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)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5871069/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**23524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias transversales asociados a la red de conocimiento Institucional de Pedagogía en el área temática de Emprendimiento de los programas virtuales de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral, atendiendo las

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 26.793.000
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 31.258.500
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 22.327.500

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.465.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.960.000**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**75507040**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 952.640
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 119.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 152.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 5.000
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	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 987.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.047.225		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.960.000,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
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 - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.427.281,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación # 1: Se desarrollan actividades de apoyo en la planeación de los procesos del programa Ficha 2758425 H52, 2721640 H36 2721647 H36 y 2721645 H36

Obligación # 2: Se siguieron los lineamientos establecidos en la guía de ambientes virtuales de aprendizaje

Obligación # 4: Apoyar a los aprendices en el desarrollo de la alternativa proyecto productivo

Obligación # 5: Se realiza el seguimiento a los aprendices en la etapa productiva Ficha 2758425 H52, 2721640 H36, 2721647 H36 y 2721645 H36

Obligación # 6: Implementar estrategias metodológicas y pedagógicas de las fichas 2758425 H52, 2721640 H36, 2721647 H36 y 2721645 H36

Obligación # 17: Participar en las reuniones convocadas por la coordinación y supervisión de contratos.

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

RUTH MARCELA BELTRAN BETANCOURT
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,

JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
INSTRUCTOR G17

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)

20/03/24 20:04:10 USUARIO: SIC - C.C. 52815822

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52815822	RUTH MARCELA BELTRAN BETANCOURT	Calle 4 # 6- 85 Int. 10 Apto 203	8787820	marcelabeltranb@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	COTA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	12/03/2024	75507040	$521.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	223.400	0		0		0	5	1.000	0	224.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	286.000	0	0	0	0	5	1.300	0	287.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	5	100	9.500			94	9.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.400	224.400
Pensión	1	286.000	287.300
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.800	521.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52815822	RUTH MARCELA BELTRAN BETANCOURT	Calle 4 # 6- 85 Int. 10 Apto 203	8787820	marcelabeltranb@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	COTA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	12/03/2024	75507040	$521.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52815822	BELTRAN BETANCOURT RUTH MARCELA	59	0			N																	230301	1.787.000	286.000	0	0	0	0	EPS008	1.787.000	223.400	14-23	1.787.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICADO PRE-INGRESO OCUPACIONAL

CIMAD IPS LTDA
CALLE 13 5-25 COTA
TELÉFONO: 8640692 - 8965456 -3158027666
www.cimadips.com
REPS 252140001301 - LIC SO - 25-4730-14



FECHA 2023-04-11 08:35:59
NOMBRE RUTH MARCELA BELTRAN BETANCOURT **DOCUMENTO** 52815822
EDAD 39 **CARGO:** DOCENTE
EMPRESA: PARTICULARES
ACTIVIDAD ECONÓMICA: **NIT:**
DIRECCIÓN EMPRESA: **TELÉFONO EMPRESA:** E
Entidad Promotora Salud: COMPENSAR
Administradora Fondo Pensiones:
Administradora Riesgos Laborales:

SE REALIZA ATENCION A PACIENTE PREVIA DESINFECCION DE MANOS SEGÚN RECOMENDCION DE LA OMS SE REALIZA COLOCACION DE EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL (BATA, GUANTES, CARETA, GORRO, POLAINAS Y TAPABOCAS N.95 Y CONVENCIONAL. SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SEQUIPOS Y SUPERFICIES ANTES Y DESPUES DE LA ATENCION SE REALIZA ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA SOBRE SINTOMAS DE COVID 19 CONTACTO CON CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS POR COVID 19 TAMIZAJE PARA PACIENTE SOSPECHOSO COVID 19:
TOS PERSISITENTE: SELECCIONE **FIEBRE MAYOR 38:** SELECCIONE **ADINAMIA:** SELECCIONE
DIFICULTAD PARA RESPIRAR: SELECCIONE **CONTACTO CON ALGUIEN POSITIVO EN LOS ULTIMOS 5 DIAS:** SELECCIONE

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR

OTROS: ENFASIS OSTEOMUSCULAR

REGISTRO DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS CLINICOS O PARACLINICOS

EXAMEN
AUDIOMETRIA: NO REGISTRA
OBSERVACIONES:
OPTOMETRIA: NORMAL
OBSERVACIONES: RECOMENDACION DE USO DE GAFAS DE PROTECCION
ESPIROMETRIA: NO REGISTRA
OBSERVACIONES:
PRUEBAS LABORATORIO SANGUINEAS: NO REGISTRA
OBSERVACIONES:
OTRO: NO REGISTRA
OBSERVACIONES:

LIMITACIONES O RESTRICIONE NO

CAUSA DEL APLAZAMIENTO NO

RECOMENDACIONESDE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: RECOMENDACIONES A AL TRABAJADOR: EPP, POSICCION ADECUADA PARA EL USO DEL COMPUTADOR , DESCANSO VISUAL CADA 2 HRS , DIETA ACTIVIDAD FISICA,

RECOMENDACIONES A LA EMPRESA: SEGUN RIESGOS IDENTIFICADOS

INCLUSION AL S.V.E.

NO 2 -

REMISION

NO

Dr. César A. Díaz
Médico Ocupacional
Reg. 79478515
Lic. 1681/2009

CIMAD IPS
OCUPACIONAL
3158027666 - 8640692
www.cimadips.com
-30 25-4730

REALIZADO POR: MEDICO OCUPACIONAL 2
ESP.
R.M.
Lic SO.

PACIENTE: RUTH MARCELA BELTRAN BETANCOURT
CC: 52815822

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARÁCTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ESTA REGULADO POR LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007, 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005 DEL MPS

EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (ART 4) . PARÁGRAFO. EL MÉDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y SÓLO REMITIRÁ AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MÉDICO.

Powered by CamScanner

CIMAD IPS

OPTOMETRIA OCUPACIONAL

FECHA ATENCIÓN: 2023-04-10 15:58:03 - NUM. HISTORIA: 52815822

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: RUTH MARCELA BELTRAN BETANCOURT	**IDENTIFICACIÓN:** CC 52815822	**FECHA DE NACIMIENTO:** 1983-07-16
EDAD: 39 Años	**SEXO:** FEMENINO	**ESTADO CIVIL:** CASADO
RH: O+	**TELÉFONO:** 3115502316	**DIRECCIÓN:** CL 4 6 85
ENTIDAD: PARTICULARES	**ESCOLARIDAD:**	**REGIMEN:** CONTRIBUTIVO
ARL:		

TIPO DE CONSULTA
OPTOMETRIA [890207]

☑ INGRESO	☐ CAMBIO DE OCUPACIONAL	☐ PERIODICO PROGRAMADO	☐ RETIRO	☐ POST-INCAPACIDAD	☐ REINTEGRO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION

¿UTILIZA ALGUNA PROTECCION? NO	**CUAL?**

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL ANTERIOR

¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRIA ANTERIORMENTE?	**SI** ☑	**NO** ☐	**FECHA ULTIMO EXAMEN:**
¿TIENE LENTES FORMULADOS?	**SI** ☐	**NO** ☑	**HACE CUANTO:** 2 meses

LENSOMETRIA	**OD** no aplica	**OI** no aplica

FECHA ULTIMO CAMBIO DE LENTES:	¿USA LENTES ACTUALMENTE?	**SI** ☐	**NO** ☑

TIPO DE CORRECION: ANTEOJOS ☐	**CUAL?**	**DE CONTACTO** ☐			
TIPO DE CORRECION:ANTEOJOS ☐	**CUAL?**	**DE CONTACTO** ☐	**¿LOS PRESENTA?**	**SI** ☐	**NO** ☑

FORMA DE USO	**PERMANENTES:** ☐	**OCASIONALES:** ☐	**PARA VER DE CERCA:** ☐
PARA VER DE DE LEJOS: ☐	**OTROS:** ☐		

CIRUGIA OCULAR	**SI** ☐	**NO** ☑	**CUAL?**	**FECHA:**
SINTOMATOLOGIA OCULAR ACTUAL:	**SI** ☐	**NO** ☑	**CUAL?**	

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA		**VISION CERCANA**	
OD	**OI**	**OD**	**OI**
CON CORECCION ☐	**CON CORECCION** ☐	**CON CORECCION** ☐	**CON CORECCION** ☐
SIN CORECCION ☑	**SIN CORECCION** ☑	**SIN CORECCION** ☑	**SIN CORECCION** ☑

VALOR AGUDEZA VISUAL

	OD	**OI**
CON CORRECCION		
SIN CORRECCION	**OD** 20/20	**OI** 20/20

EXAMEN EXTERNO	**OD** normal	**OI** normal	
COVER TEST:	**LEJOS** ORTHO	**CERCA** ORTHO	**P.P.C** NARIZ
OFTALMOSCOPIA	**OD** NORMAL	**OI** NORMAL	
VISION CROMATICA	NORMAL	**ESTERIOPSIS:**	NORMAL
OBSERVACIONES:	NINGUNA		

QUERATOMETRIA	**OD** NO SE REALIZA	**OI** NO SE REALIZA
RETINOSCOPIA	**OD** NEUTRO	**OI** NEUTRO
SUBJETIVO	**OD** NEUTRO	**OI** NEUTRO
FORMULA FINAL	**OD** NEUTRO	**OI** NEUTRO
FILTRO	no aplica	**USO** no aplica
DIAGNOSTICO	H101 CONJUNTIVITIS ATOPICA	

OBSERVACIONES FINALES
se dejan anteojos de protección

REMISION A EPS	**SI** ☐	**NO** ☑	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

YO AUTORIZO AL PROFESIONAL ABAJO MENCIONADO, A QUE SE ME REALICEDE MANERA VOLUNTARIA EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, EXAMENES COMPLEMENTARIAS Y DEJO CONSTANCIA DE QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE MANIFESTAR MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÒN DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXÀMENES COMPLEMENTARIOS NECESARIOS Y REFERNCIADOS EN ESTE DOCUMENTO.

DIAGNOSTICO PPAL
H101 - CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA

Dra Sulay E. Ávila M.
Optometra FUAA
REG.35198895 TP:1427
ESP.GERENCIA SALUD OCUPACIONAL
RCS.2253

CIMAD IPS
LSO 25-4730
COPACIONAL

Profesional: SULAY AVILA
CC:35198895
Esp: OPTOMETRA
RM:

Paciente: RUTH MARCELA BELTRAN BETANCOURT
CC:52815822

Responsable: —
CC:

Powered by CamScanner

CIMAD IPS LTDA
NIT 830-093-234-6 REPS 252140001301
Calle 13 # 05 - 25 Cota - Cundinamarca
Tel: 8640692 - 8965456

LABORATORIO CLINICO

NOMBRE DEL PACIENTE	IDENTIFICACION	EDAD	SEXO
RUTH MARCELA BELTRAN BETANCOURT	CC 52815822	38 A	F
DIRECCION	TELEFONO	ENTIDAD	
CL 4 6 85	3115502316	PARTICULARES	
COD. ESTUDIO	FECHA SOLICITUD		
25292	2022-01-18 09:44		

(903841) GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

DESCRIPCION	LECTURA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA	82 mg/dl	70 - 105

(903815) COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

DESCRIPCION	LECTURA	VALOR DE REFERENCIA
COLESTEROL ALTA DENSIDAD - HDL -	68 mg/dl	35-45
COLESTEROL LDL	221.6 mg/dl	RIESGO BAJO : Menor a 120 Riesgo moderado : entre 130 y 189 Riesgo alto : Mayor o igual a 140

(903818) COLESTEROL TOTAL

DESCRIPCION	LECTURA	VALOR DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	314* mg/dl	hasta 200 mg/dl

(903868) TRIGLICERIDOS

DESCRIPCION	LECTURA	VALOR DE REFERENCIA
Triglicéridos	122 mg/dl	44 - 150 mg/dl

DX. PRINCIPAL: ()

DX. RELACIONADO: ()

Elizabet Rivera Camargo
Bacterióloga - Universidad de los Andes
Res Min 8595

MEDICINA DE LABORATORIO

Escaneado con CamScanner

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

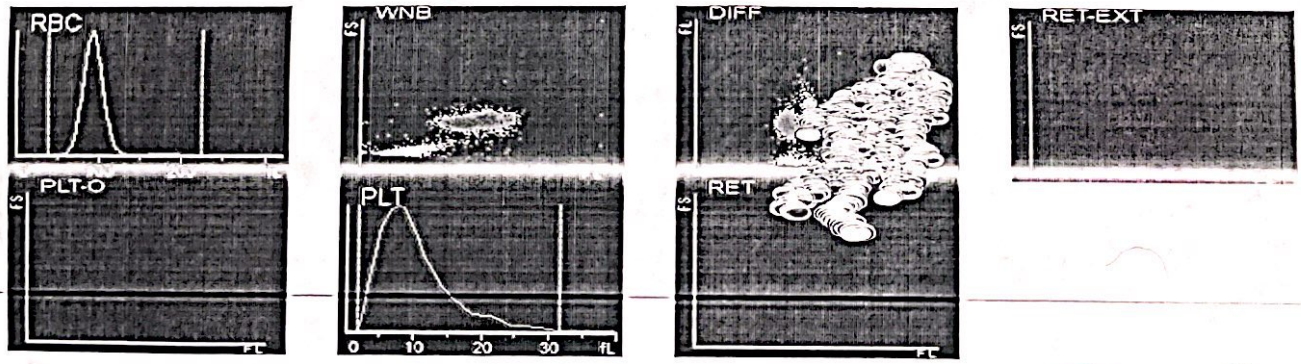
11808420

Nombre	BELTRAN RUTH MARCELA		
Identificación	CC 52815822	Tel.	
Edad	38 Años 6 Meses 2 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	2920		

Fecha de recepción:	18-Jan-2022 11:38 pm
Fecha de impresion:	19-Jan-2022 2:40 pm
Empresa	CIMAD IPS - CONTDO
Sede	REFERENCIA
Fecha Valdación	19-Jan-2022 7:59:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
CUADRO HEMATICO			
Método: Impedancia Electrica			
ERITROCITOS	**5.26**	millones	**4.50 a 6.10**
HEMOGLOBINA	**15.9**	gr/dl	**14.0 a 18.0**
HEMATOCRITO	**47.9**	%	**42.0 a 53.0**
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC)	**90**	fl	**80 a 98**
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	**30.3**	pg	**27.0 a 31.0**
CONCENTRAC. CORPUSC. MEDIA DE Hb (CCMH)	**33.3**	gr/dl	**32.0 a 35.0**
ANCHO DE DISTRIB. DE LOS ERITROCITOS (IDE)	**13.1**	%	**11.0 a 15.0**
PORCENTAJE NORMOBLASTOS:	**0.0**	%	**0.0 a 0.0**
NÚMERO NORMOBLASTOS:	**0.0**	10^3/ul	**0.0 a 0.0**
LEUCOCITOS	**6.3**	miles/mm3	**4.5 a 10.0**
FORMULA LEUCOCITARIA			
Segmentados	**40.8**	%	**50.0 a 67.0**
Linfocitos	**49.2**	%	**27.0 a 40.0**
Monocitos	**6.8**	%	**3.0 a 12.0**
Eosinòfilos	**3.0**	%	**1.0 a 4.0**
Basòfilos	**0.2**	%	**0.0 a 1.0**
Segmentados	**2.57**	10/mm3	**2.00 a 7.50**
Linfocitos	**3.10**	10/mm3	**1.00 a 4.00**
Monocitos	**0.43**	10/mm3	**0.20 a 1.20**
Eosinòfilos	**0.19**	10/mm3	**0.00 a 0.50**
Basòfilos	**0.01**	10/mm3	**0.00 a 0.20**
PLAQUETAS RECUENTO	**365**	miles/mm3	**150 a 450**
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	**10.30**	um3	**7.5 a 8.5**
PCT	**0.376**	%	
IDP	**15.9**	%	
ERITROSEDIMENTACION	**2**	mm/h	**1 a 15**



TANIA LIZETH RODRIGUEZ DEVIA
CC. 1010240544
BACTERIOLOGA

GUILLERMO DAVID SALCEDO
C.C. 1.143.343.774
BACTERIOLOGO POSANALITICO

Escaneado con CamScanner

1 de 1

HISTORIA CLINICA DE AUDIOMETRIA

CIMAD I.P.S

EVALUACION MEDICA — INGRESO X PERIODICO ___ RETIRO ___ OTRO ___ CIMAD

FECHA: 19/01/22 H.C. NO. _____ ☐ Casilla

IDENTIFICACION

NOMBRES Y APELLIDOS: RUTH MARCELA BELTRAN CC/TI/DE: 52'815.822

FECHA DE NACIMIENTO 16/07/1983 EDAD 38 SEXO: F X M ___

DIRECCIÒN _____ TELÈFONO 3115502316

EMPRESA: SENA CARGO DOCENTE

ANTECEDENTES

PRESTO SERVICIO MILITAR? ☐ Si ☐ No cuando? ___ AÑO ___ DURANTE CUANTO TIEMPO? ___ MESES

EXPOSICION A ARMAS DE FUEGO? ☐ Si ☐ No UTILIZO PROTECCIÒN AUDITIVA? ☐ Si ☐ No

EMPLEOS ANTERIORES CON EXPOSICION A RUIDOS ALTOS O MOLESTOS

OFICIO	EMPRESA	ANTIGÜEDAD AÑOS	MOLESTIAS EN LA SALUD	PROTECCION AUDITIVA
SENDO INSTRUCTOR	SENA		NO	

USO DEL TIEMPO LIBRE

ACTIVIDAD	Señale	TIEMPO EN AÑOS	MOLESTIAS EN LA SALUD	PROTECCION AUDITIVA
JUGAR TEJO	☐ Si ☑ No			
USAR ARMAS DE FUEGO	☐ Si ☑ No			
USAR REPRODUCTOR	☐ Si ☑ No			
DISCOTECAS	☐ Si ☐ No			
CONDUCIR MOTO	☐ Si ☑ No			

ANTECEDENTES OTOLÒGICOS

	NO	SI		OBSERVACIONES
		DER	IZQ	
CIRUGIA DE OIDO	✓			
OTALGIA	✓			
OTORREA	✓			
ACUFENOS	✓			
VERTIGO	✓			
HIPOACUSIA	✓			
OTROS				

USO DROGAS OTOTÒXICAS

DROGA	NO	SI	NO SABE
ESTREPTOMICINA			
KANAMICINA			
GENTAMICINA			
QUININA			
ASPIRINA			
NEOMICINA			
FUROCEMIDA			

MORBILIDAD SENTIDA

	NO	A VECES	SIEMPRE
EL RUIDO LE ES MOLESTO	✓		
EL RUIDO INTERFIERE CON LA COMUNICACIÓN	✓		
EL RUIDO LE PRODUCE DOLOR DE CABEZA	✓		
EL RUIDO LE OCASIONA MAL GENIO	✓		

OTOSCOPIA

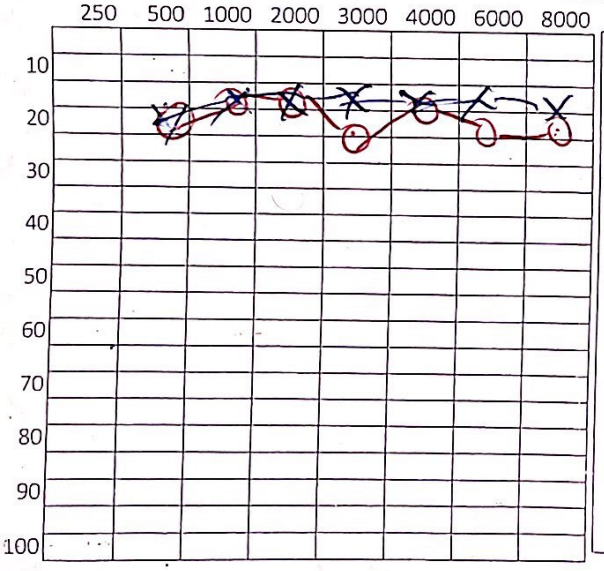
	OD	OI	OBSERVACIONES
CONDUCTO AUDITIVO	✓	✓	Tapón
MEMBRANA TIMPANICA	✓	✓	Tapón

RESULTADO

HZ	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

VIA OSEA

250	500	1000	2000	3000	4000



ZOX! Audición normal bilateral

O.I: X AZUL O.D: O ROJO

SAL O.D. _____

O.I. _____

ELI O.D. _____

O.I. _____

PROXIMO CONTROL: Anual

RECOMENDACIONES: Protección auditiva

EXAMINADOR: _____

L.C. EN S.O. _____

FIRMA DEL PACIENTE

Escaneado con CamScanner