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	**10678-446831**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EVELYN ACEVEDO CUEVAS	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	52.070.031	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	eacevedoc@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4282013790
IP/Nº de contacto:	14518	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿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	NO
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:	6009068/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**46124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

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 técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros del programa de Articulación con la educación media 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:**	$ 40.189.500
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 40.933.750
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.724.000

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	**$ 2.625.450**	**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		----------	**74993216**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 6.800
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		$ 446.550	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 91.738		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.450,00	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

Oblig 1: Se desarrollaron actividades de apoyo en la planeación de los procesos de los programas de formación asignados, en la modalidad presencial a los aprendices de las fichas asignadas.

Oblig 3: Se realizó proceso de reinducción de los aprendices de la ficha asignada.

Oblig 4: Se realizó seguimiento y evaluación a los aprendices en etapa lectiva-proceso de reinducción de acuerdo con lineamientos

Oblig 5: Se implementan estrategias metodológicas y pedagógicas que permitan mitigar los retiros voluntarios de los aprendices de las fichas asignadas durante su proceso formativo.

Oblig 8: Se realizó seguimiento y control durante el mes, de los aprendices de las fichas asignadas en el aplicativo dispuesto

Oblig 9: Se aplicó lo establecido en el reglamento del aprendiz, garantizando el debido proceso a los aprendices de las fichas asignac

Oblig 11: Se atendió lo dispuesto en el SST realizando el curso y certificación “Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo”

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

EVELYN ACEVEDO CUEVAS
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,

HECTOR GONZALO ROMERO REY
INSTRUCTOR

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)

28/03/24 12:29:09 USUARIO: SIC - C.C. 52070031

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	EVELYN ACEVEDO CUEVAS	**NIT:**	52070031
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2024
Número de Radicación:	74993216	**Total a pagar:**	$389,600
Fecha de vencimiento:	08/03/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	21/03/2024	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	SCOTIABANK COLPATRIA	**Número Autorización:**	526996336
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$6,900
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$210,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$7,900
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$164,400
						$389,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 74993216, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

REVISAVIAE LTDA

D. G. S. S. T

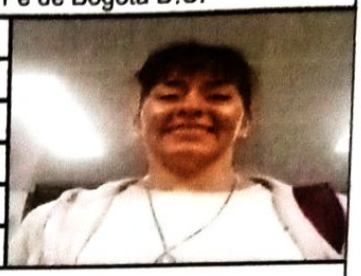
REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18784006152646 que habilita desde FE 1 hasta FE 1000000. Vence 2021-10-23 IVA Régimen Común No somos Agentes de

FECHA ▼			Tipo de examen ▶	Ingreso
Día	Mes	Año	Ciudad ▼	Departamento ▼
31	01	2023	Bogota, d.c.	Santa Fe de Bogotá D.C.

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
ACEVEDO	CUEVAS	EVELYN	



Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
CC	52070031	1986-12-11	F	51 Años

Nombre del cargo ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
INSTRUCTORA	Particular	

INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto Con Recomendaciones	

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Dieta baja en harinas, azucares y grasas, para disminuir peso – Realizar ejercicio cardiovascular periodico –usar elementos de proteccion personal – realizar pausas activas cada 2 horas durante 3 - 5 minutos de movilidad articular y estiramiento musculotendinoso generalizado -- se indica continuar controles de manera anual por optometria y uso constante de lentes correctivos -- apta para cargo con recomendaciones estipuladas

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO ▼

Al examen médico presenta alteraciones, pero no es limitante para desempeñarse en su labor

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼

Osteomuscular	Respiratorio	Cardiovascular	Audiometria
Optometria			

RECOMENDACIONES ▼

Control Medico (ocup)	Pausas Saludables Mmii	Control Optometria (ocup)	Dieta Baja En Carbohidratos
Dieta Baja En Grasas Y Sal	Pausas Saludables Mmss		

El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ▶	SI		NO	X
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ▶	SI		NO	X
Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼				

Recomendaciones generales ▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento, y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el examen. Fui informado(a) sobre la confidencialidad de la información personal por mi suministrada los resultados paraclínicos. Autorizo a la unidad médica a suministrar la información aquí registrada a las entidades contempladas en la legislación vigente para dar cumplimiento del programa de Seguridad y salud en el trabajo y todo lo que se derive de la legislación colombiana. Los derechos que me asisten como titular de la información son los contemplados por la ley, entre ellos el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que de mí se tiene en bases públicas o privadas, tales derechos podrían ejercerse mediante comunicación escrita al correo Revisaviae@yahoo.es o comunicación escrita en nuestras oficinas,Finalmente, manifiesto que estoy en capacidad de expresar mi consentimiento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼

Médico Ocupacional ▼	Aspirante a trabajador ▼
DR. FERNANDO ORTIZ CERON MEDICO ESPECIALISTA SO-SST R.M. Nal. 3005-90 VIGENTE 2020 C.C. 19.306.782 Dr (a) FERNANDO ORTIZ CERON RM Nal 3005-90 Especialista Salud Ocupacional Licencia S O 7140 REVISAVIAE LTDA SALUD OCUPACIONAL L REGISTRO MEDICO	Nombre: EVELYN ACEVEDO CUEVAS C.C. 52070031

FORMATO OPTOMETRIA	CÓDIGO: F-CO 05 VERSIÓN 01(01/06/2022) PÁGINA 1 DE 1

FECHA	31-01-2023	EMPRESA	PARTICULAR	EXAMEN	INGRESO
NOMBRES	EVELYN		APELLIDOS	ACEVEDO CUEVAS	
EDAD	51	GENERO	FEMENINO	ID	52.070.031
TELEFONO	3112601061	EPS	COMPENSAR	ARL	POSITIVA
CARGO	CONTRATISTA				

USA CORRECCION: SI _X_ NO __ FECHA DE ULTIMA VALORACION: _1__ AÑO____

AV LEJANA	CC	SC
OD	20/20	20/
OI	20/20	20/
AO	20/20	20/

AV CERCANA	CC	SC
OD	20/20	20/
OI	20/20	20/
AO	20/20	20/

EXAMEN EXTERNO	NORMAL										
COVER TEST: Lejos	30 cm			PUNTO PROXIMO			_26_ CM				
OFTALMOSCOPIA		N	A	QUERATOMETRIA			N	A			
	OD	X			Ojo Derecho		X				
	OI	X			Ojo Izquierdo		X				
DALTONISMO	NORMAL			GAFAS	SI	EN USO		SI			
ESTEREOPSIS	N	A		RETINOSCOPIA		N	A	SUBJETIVO		N	A
	X				OD	X			OD	X	
					OI	X			OI	X	

		ESF	CIL	EJE	ADD		
FORMULA FINAL	OD				0.00	AVL	20/20
	OI				0.00	AVC	20/20
			DNP	30/30			

Observaciones:	CONTINUAR CON EL USO DE LA CORRECCION VISUAL ACTUAL, CONTROL ANUAL

Diagnóstico: __ H521 MIOPIA_____

Seguimiento: _CONTROL ANUAL_____

Concepto: Anormal: __ Normal: _X_

Dr. Santiago Ortiz Hoyos
R.M. 1136883709

NOMBRE PROFESIONAL
REG 1136883709

De manera libre y voluntaria autorizo a los profesionales correspondientes a realizar los exámenes médicos y/o exámenes complementarios señalados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, limitaciones y riesgos de cada examen a partir de la información recibida; aceptó que estos exámenes son requisito para controlar las condiciones de salud (periódico) y hacen parte de la ejecución del Sistema de Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo de la empresa en la cual laboro. Me comprometo a suministrar información verdadera, completa y comprendo que toda información que omita puede alterar el desarrollo de los programas de vigilancia de la empresa y de mi salud física y psicológica. Conozco y acepto por información suministrada por REVISAVIAE LTDA que hará un manejo confidencial de la información recibida y que recibiré un certificado médico ocupacional como resultado de todo el proceso de atención. Autorizo a la institución a que solo suministre la información necesaria de historia clínica a las personas o entidades contempladas por la legislación colombiana.

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : SUBA

No INGRESO: 5833709
Paciente: EVELYN ACEVEDO CUEVAS
Edad: 50 Años
Género: Femenino
Medico: OTROS PRESTADORES DE SALUD
Fecha Hora Ingreso: 2021-09-28 08:11
Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 2021092804854
Historia: 52070031
Teléfono: 8121824-0
Fecha de impresion: 2021-10-12 12:35
Cama:

Examen		Intervalo Biológico de Referencia
BIOQUIMICA		
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
Resultado:	**82.3 mg/dl**	70.0 - 100.0
METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA		
COLESTEROL TOTAL		
Resultado:	**222.5 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:	**61.0 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:	**94.2 mg/dl**	4.0 - 200.0
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
Resultado:	**0.83 mg/dl**	0.51 - 0.95
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		
PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO		
Resultado:	**1.47 mg/L**	0.60 - 5.00
METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA		
FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
Resultado:	**12.1 UI/ml**	10.0 - 14.0
METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA		

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: -SYSValDaemon-
Profesional Responsable: Bact OMERYS SOLFINA NAVARRO GUERRERO. Tp: 57457028

INMUNOLOGIA		
CITRULINA ANTICUERPOS PEPTIDO CICLICO CITRULINADO SEMI O AUTOMAT		
Resultado:	**Menor 8.0 U/ml**	Negativo : Menor a 16.99 U/ml Positivo : Mayor o Igual a 17.00 U/ml
METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA		

Profesional Responsable: NINI JOHANNA PAEZ LOPEZ Tp: 52410364

ACEVEDO CUEVAS EVELYN Orden: 2021092804854

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.

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : SUBA

Examen			Intervalo Biológico de Referencia
	HEMATOLOGIA		
HEMOGRAMA III			
RECUENTO DE LEUCOCITOS	**6.57 x10^3/uL**		5.00 - 10.00
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
NEUTROFILOS %	**48.50 %**		42.50 - 73.20
LINFOCITOS %	**40.30 %**		18.20 - 47.40
MONOCITOS %	**8.40 %**		4.30 - 11.00
EOSINOFILOS %	**1.80 %**		0.01 - 3.00
BASOFILOS %	**0.80 %**	*	0.01 - 0.70
NEUTROFILOS Abs	**3.19 x10^3/uL**		2.00 - 7.15
LINFOCITOS Abs	**2.65 x10^3/uL**		1.50 - 4.00
MONOCITOS Abs	**0.55 x10^3/uL**		0.03 - 0.71
EOSINOFILOS Abs	**0.12 x10^3/uL**		0.03 - 0.27
BASOFILOS Abs	**0.05 x10^3/uL**		0.01 - 0.05
RECUENTO DE ERITROCITOS	**4.82 x10^6/uL**		4.20 - 5.40
HEMATOCRITO	**42.3 %**		38.0 - 48.0
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
HEMOGLOBINA	**14.00 g/dl**		12.00 - 16.00
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
MCV	**87.8 fl**		86.0 - 96.0
MCH	**29.0 pg**		25.0 - 31.0
MCHC	**33.1 g/dl**		32.0 - 38.0
RDW	**13.50 %**		11.00 - 15.00
RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	**287 x10^3/uL**		150 - 450
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
MPV	**10.8 fl**		6.4 - 13.0
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL	-		
ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR VSG AUT			
Resultado:	**4.0 mm/hora**		0.0 - 20.0
METODO: WESTERGREEN			

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~
Profesional Responsable: ZULMA ANDREA MALDONADO PULIDO. Tp: 52437700

ACEVEDO CUEVAS EVELYN Orden: 2021092804854

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.

PRIMER RESPONDIENTE
Gente que ayuda

La Secretaría Distrital de Salud - SDS, la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos - UAECOB y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

EVELYN ACEVEDO CUEVAS

CC 52070031

Tomó el curso virtual gratuito *Primer Respondiente ¡Gente que ayuda!*

Nota: Esta constancia no acredita como instructor ni autoriza el desarrollo de actividades del sector salud

Bogotá D.C. 25 de Septiembre de 2023

SBI-20235693587050

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ