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	**83351-010223**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LILIANA CATERINE MORALES MELO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.069.718.491	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	licmoralesm@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	26473861134
IP/Nº de contacto:	3203255568	**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:	5883356/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**38524**	**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:**	$ 43.017.650
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		----------	**1061799780**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 780.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 97.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 124.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.400	$ 4.100
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.	$ 579.734		
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

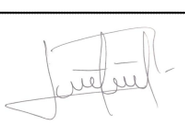
IMPARTI FORMACION PREFESIONAL EN EL AREA TECNICA DE ARTICULACION CON LA MEDIA, EN LOS COLEGIOS: LAS AMERICAS, IED KENNEDY, NELSON MAN DELA, IED JOSE FRANCISCO SOCARRAS UBICADOS EN LA LOCALIDAD DE BOSA.

PROGRAMA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA FICHAS: 2702979 GRADO 11. 2702985 GRADO 11, 2715916 GRADO 11, 2913259 GRADO 10.

SE REALIZA GUIA DE REINDUCCION E INDUCCION EN LAS INSTITUCIONES NOMBRADAS PREVIAMENTE.

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



LILIANA CATERINE MORALES MELO
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,

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)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-02-29, 01:03:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1061799780

Periodo Cotización: febrero de 2024 **Periodo Servicio:** febrero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810381302

PAGADO 29/02/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIANA CATERINE MORALES MELO		
Documento	CC1069718491	**Dirección**	CR 5A #20 - 53 FUSACATAN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3203255568
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FUSAGASUGA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1069718491	LILIANA CATERINE MORALES MELO	59	00	X																0	19	19	19	19	(230301) PORVENIR	$ 823.334	$ 131.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 823.334	$ 103.000	0,522	$ 823.334	$ 4.300	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 823.334	$ 16.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 255.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 823.334	$ 823.334	$ 823.334	$ 823.334	$ 131.800	$ 103.000	$ 4.300	$ 16.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 255.600	$ 0	$ 255.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-04-04, 02:35:45 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1062724809

Nro Planilla Corregida: 1061799780 **Periodo Cotización:** febrero de 2024 **Periodo Servicio:** febrero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810464223

PAGADO 04/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIANA CATERINE MORALES MELO		
Documento	CC1069718491	**Dirección**	CR 5A #20 - 53 FUSACATAN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3203255568
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FUSAGASUGA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1069718491	LILIANA CATERINE MORALES MELO	59	00	X								A								0	19	19	19	19	(230301) PORVENIR	$ 823.334	$ 131.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 823.334	$ 103.000	0,522	$ 823.334	$ 4.300	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 823.334	$ 16.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 255.600
CC 1069718491	LILIANA CATERINE MORALES MELO	59	00	X								C								0	27	27	27	19	(230301) PORVENIR	$ 1.170.000	$ 187.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.170.000	$ 146.300	0,522	$ 1.170.000	$ 6.200	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 823.334	$ 16.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 356.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 346.666	$ 346.666	$ 346.666	$ 0	$ 55.400	$ 43.300	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100.600	$ 1.400	$ 102.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de marzo de 2024

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:

C.C.	**20822883**	**María Milady Melo Avendaño**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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: Liliana Caterine Morales Melo

C.C. 1.069.718.491 de Fusagasuga

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.822.883

MELO AVENDAÑO

APELLIDOS

MARIA MILADY

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1957

PASCA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

17-ENE-1976 PASCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1509400-00258347-F-0020822883-20101001 0024211496G 2 1760778894

Powered by CamScanner



Dra. SANDRA PATRICIA MELO MELO
OPTOMETRA
Universidad de la Salle - Bogotá
Dirección Cr 7 numero 9- 40 centro Fusagasugá-Cundinamarca

CERTIFICADO OPTOMETRIA

NOMBRE: Liliana Morala DOCUMENTO: 1069718491 FECHA: Abr 28/23
EDAD: 36 OCUPACION: Administrativo
EMPRESA: Gobernación.

ANTECEDENTES PERSONALES: No Reporta.
ANTECEDENTES OCUPARES: No Usa gafas hace 8 años.
ULTIMO CONTROL: ± 8 años.

USA CORRECCION	SI	NO	TIPO DE CORRECION	VL	VP	VL Y VP	GAFAS	LENTES DE CONTANCTO
		X						

SINTOMAS:

ARDOR		ENROJECIMIENTO		PINGUECULA		PTERIGIO		PTOSIS PAL		OTRO	
PRURITO		CEFALEA		EDEMA PALP		SECRECION		NINGUNO		Blooms	X

EXAMEN EXTERNO: Normal

AGUDEZA VISUAL

AV	VL sin corrección	VP sin corrección	P.H	VL con corrección	VP con correccion
OJO DERECHO	20/20	05m			
OJO IZQUIERDO	20/200	2m			
AMBOS OJOS	20/20	05m			

COVER TEST LEJOS	6m	⌀	40 cm	⌀	20 cm	⌀

OFTALMOSCOPIA: Sano
VISION CROMATICA: Normal ESTEREOPSIS: Normal
RETINOSCOPIA
OJO DERECHO: +050 -050 X 0° AV 20/20 05
OJO IZQUIERDO: +450 - 13 + 13 0° AV 20/20 05m

DIAGNOSTICO: Astigmatismo Hipermetropico
CONDUCTA: Requiere Uso Corrección Optica Permanente
CONCEPTO: Apto Consulta de optometria

Firma del Paciente

Dra. Sandra Patricia Melo M. T.P. 236999 C.S.S.O.
SANDRA PATRICIA MELO MELO
Optómetra

Powered by CamScanner

DRA. YINA XIMENA GUAUTA
REG: 001496-39624488
ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA

EXAMEN AUDIOLOGICO

FECHA 28/04/23.

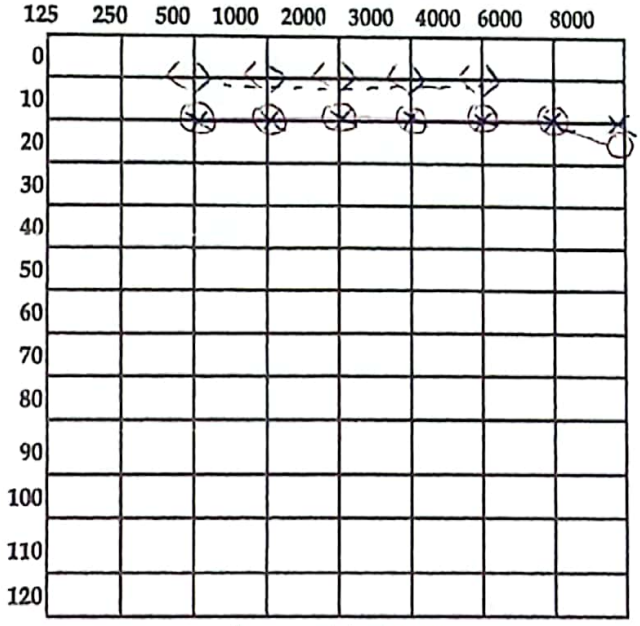
NOMBRE Liliana Morales EDAD 36 años

No. DOCUMEN. IDENTIDAD 1069710491 EMPRESA Gobernación

OCUPACION Administrativa ULTIMA AUDIOMETRIA Nueva.

OTOSCOPIA: O.D. N O.I N

ANTECEDENTES: ORL Otalgia (–) Otorrea (–) Vertigo (–) Acufeno (–) Qx (–) Sinusitis (–) Rinitis (–) HTA (–)
Diabetes (–) Alergias (–) Gripa frecuente (–) Exposicion Ruido (–) ototoxicos (–) Lavado de Oido (–) Trauma (–) COVID 19 (–) EPOC (–)



AUDIOGRAMA KEY		
	Derecha	Izquierda
AC		
Unmasked		
AC		
Masked		
BC		
Maslold		
Unmasked		
BC		
Forehead		
Masked		

10dB 10dB

IDX: Audición Normal Bilateral con PTA de 10dB Bilateral
Con timpanometría - Apto

FIRMA Yina Guauta Dimaté
Yina Guauta Dimaté
FONOAUDIÓLOGA
C.C. 39.6[illegible].408 / T.P. 001496

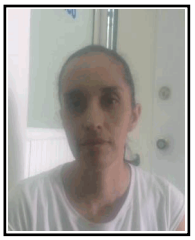
FIRMA USUARIO

Fusagasuga- Cundinamarca

Powered by CamScanner

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.407

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	04 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	**GOBERNACION DE CUNDINAMARCA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MORALES MELO LILIANA CATERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	36 AÑOS 1 MESES 1 DÍAS	CC	1.069.718.491
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA OPTOMETRIA, DEBE REALIZAR SU CORRECCION VISUAL Y USO PERMANENTE	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR. HACER EL RESPECTIVO INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
SEGUIMIENTO ESTRICTO DE SU CORRECCION VISUAL.

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

Médico

Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MORALES MELO LILIANA CATERINE

R. M.:	0698-03	L.S.O.:	2462-15	Código de Seguridad	CC:	1.069.718.491
				X1053D1J9407		

LABORATORIO CLINICO

SALUD MEDICOS ESPECIALISTAS

Carrera 5 # 8-24 Teléfono: 8726033 - Fusagasugá (Cund)

NOMBRE: MORALES MELO , LILIANA CATHERI **NUMERO: 428806**

HISTORIA: 1069718496
EDAD: 36 Años
PROCEDENCIA: PARTICULAR
CONTRATO: PARTICULAR
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL
MEDICO:

FECHA ING: 28/04/2023
FECHA IMP: 28/04/2023
VINCULACION: PARTICULAR
DIRECCION: FUSACATAN
TELEFONO: 3203255568

Comentario: DRA SANDRA VARGAS Digitado Por: admin

PARAMETRO	RESULTADO	UNIDAD	VAL.REF.
	QUIMICA CLINICA		
GLUCOSA	86.0	mg/dL	70.00-110.00
tecnica: enzimático - colorimétrico			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	51	mg/dL	MAYOR DE 35
HOMBRES : 45-65 mg/dL	MUJERES : 35-55 mg/dL		
tecnica: precipitación, colorimétrico			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	105	mg/dL	0.00-135.00
COLESTEROL	170	mg/dL	0.00-200.00
tecnica: enzimático - colorimétrico			
TRIGLICERIDOS	70	mg/dL	0.00-150.00
tecnica: enzimático - colorimétrico			
VLDL COLESTEROL	14.0	mg/dL	0.00-0.00

Validado Por: *admin*

Claudia Patricia Nieto J.
BACTERIOLOGA
R - 3121B

PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT. 900540214-0
Calle 15 Sur #16-46
Cel. 317 298 48 90 - Tel. 757 53 28 - E-mail. administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 2,294

Ciudad: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 19/02/2024 - 12:32 P. M. **Fecha Atención:** 19/02/2024 12:32:30p. m.

CC: 1069718491 **Nombres y Apellidos:** MORALES MELO LILIANA CATERINE **Fecha de Nacimiento:** 27/03/1987 **Edad:** 36 AÑOS 10 MESES 26 DÍ

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CARRERA 4 11-61 **Teléfono:** **Celular:** 3203255568

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

PERSONA RACIONAL, FLEXIBLE, CON ENERGIA Y VITALIDAD, POCO ORGANIZADA, DIFICULTAD EN LA SISTEMATIZACION DEL TRABAJO, DE ACTITUD AFECTIVA Y EMOCIONAL. ES CONSCIENTE DE SUS POSIBILIDADES Y LIMITACIONES, POSEE CONFIANZA Y SEGURIDAD, SU POSTURA ANTE EL ENTORNO NO ES CLARA, LA PREOCUPACION SENTIMENTAL TIENE UN PAPEL PREPONDERANTE EN SU ACCIONAR, DEFIENDE SUS IDEAS. RELACIONES INTERPERSONALES DE CORTE AFECTIVO Y SENSIBLE, REFLEJA INTERES POR LOS DEMAS, IMPORTANCIA DE LAS EMOCIONES, POSEE EMPATIA Y ALTRUISMO, RELACIONES ESPONTANEAS, ACTITUD DE SERVICIO, MADUREZ SEXUAL Y/O AFECTIVA, ESTABLECE POCOS LIMITES CON LOS DEMAS, TENDENCIA A LA SUGESTION, CAPACIDAD DE ENTREGA. REFLEJA AMBICION Y DESEO DE CRECIMIENTO, ESTABLECE METAS DE MANERA RACIONAL, CLARIDAD EN SUS PROYECTOS, ES COMPETITIVA, PUEDE DEMOSTRAR MAS AMBICION DE LA QUE POSEE, DESEO DE AUTOAFIRMACION. FRENTE A LOS PROBLEMAS, SU REACCION TIENDE A SER DE ANGUSTIA Y DEPRESION BAJO PRESION, NECESIDAD DE INVOLUCRARSE EN ACTIVIDADES MULTIPLES PARA DISPERSAR SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD, CAPACIDAD DE BUSQUEDA DE SOLUCIONES. POCA PROACTIVIDAD Y DINAMISMO, DIFICULTAD PARA CANALIZAR LA ENERGIA Y DIRIGIRLA AL MEDIO, REPRESION DE LA ENERGIA PSIQUICA E IMPULSOS VITALES PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES, DIFICULTAD PARA ENFRENTAR OBSTACULOS O TEMOR PARA TOMAR DECISIONES. PENSAMIENTO SINTETICO E INTEGRATIVO DE IDEAS, CAPACIDAD DE RACIOCINIO Y CREATIVIDAD. ELEVADO ACOGIMIENTO Y COMPROMISO CON LA NORMATIVIDAD Y VALORES SOCIALES E INSTITUCIONALES, DEPENDENCIA DE FIGURAS DE AUTORIDAD, NECESIDAD DE PROTECCION, PASIVIDAD Y BAJO SENTIDO CRITICO ANTE LA NORMA, REFLEJA SENTIMIENTOS DE DESPROTECCION, TEMOR O DESENGAÑO ANTE FIGURAS DE AUTORIDAD, DIFICULTAD PARA AFIRMAR LOS VALORES PROPIOS.

PACIENTE PRESENTA PRUEBA PSICOLOGICA, A NIVEL PSICOSOCIAL NO PRESENTA ALTERACIONES PARA MANEJO INTERPERSONAL, PACIENTE CON APTITUDES PSICOSOCIALES PARA CONVIVIR Y MANEJAR COMUNIDAD.

PSICÓLOGO

Firma:
Nombre: FORERO LOZANO CINDY
R. M.: 124809

Código de Seguridad
Q877W40C2294

PACIENTE

Firma:
Nombre: MORALES MELO LILIANA CATERINE
CC: 1069718491

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:

LILIANA CATERINE MORALES MELO

CC 1069718491

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

Bogot D.C. 08 de Marzo de 2024

SBI-20243653626743

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ