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 GESTION DE MERCADO, LOGIST Y TECNOL DE LA INFORMAC-BTA DC- SERVICIOS PREST

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**30 Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**99906-921073**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARGARITA BEATRIZ MARTINEZ HURTADO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	51.796.630	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mbmartinez@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	455000132817
IP/Nº de contacto:	16934	**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**	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	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:	6712303/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**79124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES CON CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN EN EL ÁREA TEMÁTICA DE BILINGÜISMO EN LA MODALIDAD VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, DE ACUER

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/09/2024**	**Al**	**30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.182.854
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 15.182.854
Valor Bruto Pago:			**$ 4.316.694,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.866.160

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.316.694	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	**$ 4.316.694**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.307.574**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**79404285**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.726.678	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 215.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 276.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.100	$ 0
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	$ 738.820	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 769.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.307.574,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.824.494,00	
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	36.945,00	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	**$4.279.749,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Fichas 2721685 y 2721685 Tecnólogo Desarrollo Publicitario terminación fase ejecución guía 7 e inicio fase evaluación guía 8-inglés

Fichas 2834773 Tecnólogo Desarrollo Publicitario Fase ejecución guía 5-inglés

Fichas 2977624 y 2977625 Tecnólogo Desarrollo Publicitario Fase planeación Guía 2

Fichas 3006330 y 3006338 Técnico Operaciones de Comercio Exterior Fase planeación Guía 2

Se realizaron 2 reuniones de Equipo Ejecutor de las fichas a cargo

Se realizaron 4 sesiones en línea con los aprendices de las fichas a cargo

Se contestaron 21 mensajes de los aprendices vía WhatsApp, dichos mensajes testaban relacionados con dudas sobre el desarrollo de evidencias y también sobre Etapa Productiva. Se piblicaron 17 anuncios de compromisos semanales y 7 anuncios de invitación a sesiones en línea.Se calificaron y retroalimentaron 95 evidencias en las diferentes fichas. Se emitieron oportunamente juicios en Sofía

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

MARGARITA BEATRIZ MARTINEZ HURTADO
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,

SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA
INSTRUCTOR G20

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

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	51796630	MARGARITA BEATRIZ MARTINEZ HURTADO	Calle 22B No. 62-51 Apto 202 Int 4	6451337	mbmartinez@misena.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	16/09/2024	79404285	$561.400	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	225.000	0		0		0	7	1.200	0	226.200	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	288.000	0	0	0	0	7	1.500	0	289.500	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	7	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.000	7	200	36.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	225.000	226.200
Pensión	1	288.000	289.500
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	1	36.000	36.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	558.400	561.400

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
CC	51796630	MARGARITA BEATRIZ MARTINEZ HURTADO		Calle 22B No. 62-51 Apto 202 Int 4	6451337	mbmartinez@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2024-08	2024-08	I	16/09/2024	79404285	$561.400	

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	Exonerado	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	51796630	MARTINEZ HURTADO MARGARITA BEATRIZ	59	0			N																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS001	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	36.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141108682819

(415)7707212489984(8020) 000014110868281 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 7 9 6 6 3 0	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	5 1 7 9 6 6 3 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	HURTADO	MARGARITA	BEATRIZ

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 22 B 60 51 AP 202 TO 4 A

42. Correo electrónico: margaritamh@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 5 6 1 3 5 7 2	5 7 1 6 4 5 1 3 3 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 4 2	2 0 0 7 0 1 0 1	8 5 4 1	2 0 0 7 0 5 0 2		8 5 4 3	8 5 4 4

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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 5	2 0																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

20- Obtención NIT

Usuarios 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 2024 - 08 - 10 / 07 : 44: 47

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante: Margarita Martinez H.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

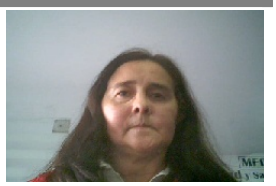
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 51796630-197198

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17/01/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	MARGARITA BEATRIZ MARTINEZ HURTADO	**Identificación:**	51796630
Género	FEMENINO **Edad:** 58	**Teléfono**	**Móvil:** 3005613572
Fecha Nacimiento:	3/11/1964	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	SEPARADO	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CLL22 B # 60-51 APT201 TORRE 4	**ARL:**	
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	
Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TEST PSICOMETRICO	APTO.
AUDIOMETRIA	1. CONTROL PERIÓDICO.
OPTOMETRIA	USO DE LENTES VISION PROLONGADA, LECTURA, CONTROL ANUAL, PROTECCIÓN OCULAR, ACTUALIZAR FORMULA DE VISION LEJANA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL /PAUSAS ACTIVAS Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS FRECUENTEMENTE/ EJERCICIOS VISUALES PARA EVITAR FATIGA OCULAR/USAR ELEMENTOS DE PROTECCION SEGÚN MATRIZ DE PELIGRO CONTROL/ PREVENTIVO ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.
GLICEMIA	se realizó
PERFIL LIPIDICO	se realizó
CUADRO HEMATICO	se realizó
ANEXO CARDIOVASCULAR	SIN ALTERACION PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: SEGUIR CONTROLES POR ESPECIALISTAS DE EPS -

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

REUMATOLOGIA	-
MÉDICINA GENERAL EPS	NEUMOLOGIA -

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

DR. CARLOS J. CABRALES ROJAS
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 4948-13

Margarita Mar tinez

CARLOS JULIO CABRALES ROJAS

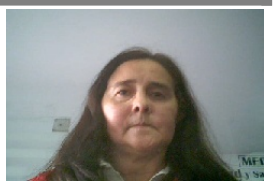
MARGARITA BEATRIZ MARTINEZ HURTADO 51796630

Firma y cédula del Paciente

4948-13

Médico Especialista en Salud Laboral

LABORATORIO CLÍNICO



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
900139947-2

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 17/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: MARGARITA BEATRIZ MARTINEZ HURTADO
Género FEMENINO **Edad:** 58
Fecha Nacimiento: 3/11/1964
Estado Civil: SEPARADO
Dirección CLL22 B # 60-51 APT201 TORRE 4
Empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 51796630
Teléfono **Móvil:** 3005613572
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Escolaridad: ESPECIALIZACION

Informe de Laboratorio: 197198

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
CUADRO HEMATICO			se realizó
HEMOGRAMA			
ERITROCITOS	5.110.000 mm3	Hombres de 4.500.000 a 5.500.000 mm3 - Mujeres: de 3.500.000 a 4.500.000 mm3	
R. HEMATOCRITO	47.0 %	Hombres: 42 a 54% - Mujeres 37 a 48%	
R. HEMOGLOBINA	14.8 g/dl	Mujeres: 12 a 16 g/dl Hombres: 14 a 18 g/dl	
V.C.M.	92 u3	De 79 a 98 u3	
H.C.M.	28.9 pg	De 27 a 34 pg	
C.H.C.M.	31.4 %	de 32 a 36 %	
PLAQUETAS	301.000 mm3	De 150.000 a 450.000 mm3	
LEUCOGRAMA			
LEUCOCITOS.	10100 mm3	de 4300 a 10800 mm3	
NEUTRÓFILOS	69.7 %		
LINFOCITOS	25.1 %		
MONOCITOS	5.2 %		
EOSINOFILOS	0 %		
BASOFILOS	0 %		
LIC			
ALY			
V.S.G	20 mm/hora	Hombres: De 1 a 13 mm/hora - Mujeres: De 1 a 20 mm/hora	
GLICEMIA	75mg/dl	65 - 110 mg/dl	se realizó
PERFIL LIPIDICO			se realizó
COLESTEROL TOTAL	216 mg/dl	hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	58 mg/dl	Mayor de 40 mg/dl	
COLESTEROL LDL	124 mg/dl	Hasta 150 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	172 mg/dl	Hasta 150 mg/dl	

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

DRA. GLORIA GIRONZA POTES
BACTERIOLOGA
REG. 51.991.430

Margarita Martinez

GLORIA ELIZABETH GIRONZA POTES	51991430	MARGARITA BEATRIZ MARTINEZ HURTADO	51796630
Profesional		Firma y cédula del Paciente	

Margarita Beatriz Martinez Hurtado <mbmartinez@misena.edu.co>

Validación exámenes pre-ocupacionales Margarita Beatriz Martínez Hurtado

Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co> Tue, Aug 27, 2024 at 10:49 AM
To: Margarita Beatriz Martinez Hurtado <mbmartinez@misena.edu.co>

Cordial Saludo ,Respetada Margarita,

Espero se encuentre bien de salud,

De manera atenta, le informo que se valida el examen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual.

Agradezco su amable atención,

Diana Mercedes Hernández Jiménez
Profesional Administradora de Salud Ocupacional
Profesional HYSI
Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías De La Información,
Regional Distrito Capital
dmhernandezj@sena.edu.co
CEL: 3145184448
Calle 52 No. 13 - 65 - Oficina 302, Bogotá, Colombia

De: Margarita Beatriz Martinez Hurtado <mbmartinez@misena.edu.co>
Enviado: martes, 27 de agosto de 2024 8:13
Para: Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co>
Asunto: Validación exámenes pre-ocupacionales Margarita Beatriz Martínez Hurtado

No suele recibir correos electrónicos de mbmartinez@misena.edu.co. Por qué esto es importante

[Quoted text hidden]

Declinación de Responsabilidades: las cuentas del dominio @misena.edu.co son soportados tecnológicamente por © Google y no tienen ningún tipo de relación con los procesos de formación que el SENA imparte dentro de la gestión y ejecución de los procesos y procedimientos de la formación profesional integral presencial y virtual. El SENA no tiene ningún tipo de responsabilidad de carácter administrativo, técnico o funcional con el servicio y con la información que reposa en estos correos con dominio @misena.edu.co.

Diana Mercedes Hernandez Jimenez
Ctro De Gestión De Mercados, Logís. Y Tecno. De La Informacion. - Contratista
dmhernandezj@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500
Calle 52 No 13-65

www.sena.edu.co
@SENAcomunica

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **MARGARITA BEATRIZ MARTINEZ HURTADO** identificado con **CC** No. **51796630**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 27/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 23/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 202401018462927.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164