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 GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**10359-163421**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LISETH ALEJANDRA VARELA MELO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.110.512.664	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	malejandra4@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	166670072585
IP/Nº de contacto:	62962	**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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6742828/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**90124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTORES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL CENTRO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**17/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.098.933
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 13.098.933
Valor Bruto Pago:	**$ 2.083.921,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.015.012

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.083.921	Honorarios profesionales a persona declarante de re	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	**$ 2.083.921**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.279.621**	**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		----------	**9472131262**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 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	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 427.000	
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	1.279.621,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.713.421,00	
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	16.552,00	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	**$2.067.369,00**	

SON: DOS MILLONES SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Gestión, alistamiento y ejecución de fichas ENGLISH DOES WORK-LEVEL 1:

3085722

3085725

3085739

3085742

Se llevo a cabo la formación en las fichas asignadas en las actividades de aprendizaje, ajuste de contenidos, conferencias web, revisión de contenidos, evaluación de evidencias, emisión de juicios evaluativos y las demás actividades de carácter administrativo.

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

LISETH ALEJANDRA VARELA 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,

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)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110512664		VARELA MELO LISETH ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 83 mz a casa 25	IBAGUE-TOLIMA	2780091	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	899461033	9472131262	I	2024/09/16	2024/09/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$519,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1110512664	VARELA LISETH	230201	30	$1,790,000	$286,400	EPS005	30	$1,790,000	$223,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,790,000	$9,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,790,000**	**$286,400**			**$1,790,000**	**$223,800**			**$0**	**$0**			**$1,790,000**	**$9,400**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,400	$0	$0	$286,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$286,400	$0	$0	$286,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,800	$0	$0	$223,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,800	$0	$0	$223,800
TOTAL				1	$519,600	$0	$0	$519,600

2024/09/08 01:13 AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141123413732

(415)7707212489984(8020) 000014112341373 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 0 5 1 2 6 6 4	8	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

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	1 1 1 0 5 1 2 6 6 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARELA	MELO	LISETH	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: MZ A CA 25 BRR ANDALUCIA REAL

42. Correo electrónico: alejandra.9104@hotmail.com

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

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 3	2 0 1 6 1 1 1 1	8 5 5 1	2 0 1 3 0 3 1 1	8 5 4 2	8 5 3 0	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
3 3 1 1	

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	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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 ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

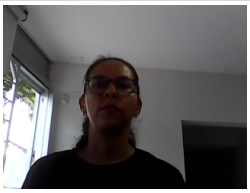
EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO

NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL NO.43553

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INFORMACIÓN GENERAL — **Tipo de atención:** Presencial



Tipo Examen: Preocupacional	**Ciudad** Ibagué	**Fecha** 19/02/2024
Empresa Contratante: CONSULTA PARTICULAR		
Empresa en Mision:		
Documento: CC 1110512664	**Nombre:** LISETH ALEJANDRA VARELA MELO	
Cargo INSTRUCTOR		

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

TEST PSICOSOCIAL ,GLICEMIA,PERFIL LIPIDICO,CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA TIPO III,EXAMEN DE OPTOMETRIA,AUDIOMETRIA

CONCEPTOS	**Temporalidad**
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO	

CONCEPTOS DE ACUERDO AL ENFASIS

Enfasis	Concepto	Observaciones
CARDIOVASCULAR	REALIZADO	
OSTEOMUSCULAR	REALIZADO	

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS EMPRESA

CONDICIONES DE TRABAJO ADECUADAS Y SEGURAS
CAPACITACIÓN EN NORMAS DE SEGURIDAD
ADECUADA ILUMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO
INDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS TRABAJADOR

CUMPLIR CON NORMAS DE SEGURIDAD LABORAL
HIGIENE POSTURAL Y VISUAL
USO DE CORRECCIÓN VISUAL EN EL PUESTO DE TRABAJO

RECOMENDACIONES GENERALES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN SEGÚN TIPO DE RIESGO
HÁBITOS NUTRICIONALES SALUDABLES
EJERCICIO REGULAR 3 VECES POR SEMANA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

OSTEOMUSCULAR: PAUSAS ACTIVAS Y PASIVAS, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y POSTURAS ADECUADAS.

SVE desórdenes osteomusculares: NO CASO

Remisión a EPS: NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES

DECLARACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ABAJO FIRMANTE: Certifico que he sido informado por el personal de SERVIR SAS, acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos y exámenes complementarios a realizar. Por tal motivo dejo constancia de mi consentimiento para la realización de los exámenes referenciados en este documento. Manifiesto que comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos de los exámenes a realizar, por tal razón exonero de responsabilidad a SERVIR SAS y al médico abajo firmante, sobre el efecto que tenga el concepto de aptitud laboral emitido en el presente documento, sobre mi estabilidad y/o contratación laboral. De igual forma dando cumplimiento a lo previsto por la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales y el Decreto 1373 de 2013 reglamentación parcial Ley 1581, autorizo expresamente a SERVIR SAS, para que de manera libre, voluntaria y debidamente informada, realice el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos personales. A su vez manifiesto que he sido informado de los resultados de los exámenes realizados y de las recomendaciones a seguir. A demás manifiesto que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado.

Concepto emitido por el medico evaluador, con base al examen medico ocupacional y a los examenes complementarios realizados. de acuerdo a lo solicitado por la empresa contratante, SG SST. El examen medico y paraclinicos, se realizaron bajo protocolos de bioseguridad de prevención COVID-19, implementado en la IPS SERVIR SAS.

Alejandra Varela

Firma Trabajador
CC 1110512664

Evaluado por: Ricardo Adolfo Trujillo Gonzalez
RM. 36281 - Lic. 3119 Medico E.S.O

01089529

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
Hemograma Tipo III - Método Automático				
HEMOGRAMA				
Recuento de Eritrocitos	**4.73**	x10^6/mm^3	4.50 -	6.50 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**12.8**	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	**40.01**	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	**85**	um^3	80 -	100 fl
HB Corspuscular Media	**27.1**	pg	27.0 -	32.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**32.0**	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**13.8**	%	11.5 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	**292**	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**7.8**	um^3	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	**38.4**			
Plaquetocrito	**0.23**			
Recuento de Leucocitos	**6.00**	x10^3mm^3	4.0	10.0
% Neutrofilos	**69.7**	%		
% Linfocitos	**23.9**	%	25.0 -	50.0 %
% Monocitos	**6.3**	%	2.0 -	10.0 %
# Neutrofilos	**4.19**	x10^3mm^3		
# Linfocitos	**1.44**	x10^3mm^3	1.0 -	5.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.38**	x10^3mm^3	0.20 -	1.50 x10^3mm^3

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 10:28

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO
BACTERIOLOGA
T.P. 42067747

QUIMICA

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

01089529

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Glucosa

-

Glucosa **90.97** mg/dl 70 - 105 mg/dL

Valor de Referencia: 70-105 mg/dL
Técnica:Colorimetrica

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44

RESULTADOS HISTORICOS 26/05/2021
RESULTADO 69.59

Triglicéridos

Trigliceridos **100** mg/dl

> 500 mg/dL MUY ALTO
200 - 499 mg/dL ALTO
150 - 199 mg/dL DUDOSO
Hasta 150 mg/dL BAJO

Técnica:Colorimetrica enzimatica

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44

RESULTADOS HISTORICOS 26/05/2021
RESULTADO 67

Colesterol Total

Colesterol **211.7** mg/dl

Optimo : Hasta 200 mg/dl
Moderado: 200 - 239 mg/dl
Elevado : > 240 mg/dl

Técnica: Colorimetrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44

RESULTADOS HISTORICOS 26/05/2021
RESULTADO _

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

01089529

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Colesterol de Alta Densidad - HDL			
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**49.01**	mg/dl	Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL Riesgo bajo: > 60 mg/dL
Técnica: DIRECTO			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático			
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**142.69**	mg/dl	Hasta 100 mg/dL OPTIMO 100-129 mg/dL CASI OPTIMO 130-159 mg/dL MODERADO 160-189 mg/dL ELEVADO > 190 mg/dL MUY ELEVADO
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Colesterol VLDL			
Colesterol VLDL	**20.00**	mg/dl	5 - 40
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Indice Arterial			
Indice Arterial	**4.3**		Hasta 5
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

01089529

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Validado por:



CARLOS ALBERTO RAMIREZ
BACTERIOLOGO
007110

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

SERVIR S.A.S

NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

EXAMEN DE OPTOMETRIA

ORDEN 46658

INFORMACIÓN GENERAL



Tipo Examen: Preocupacional **Ciudad** Ibagué **Fecha** 19/02/2024

Empresa Contratante: CONSULTA PARTICULAR

Empresa en Mision:

Documento: CC 1110512664 **Nombre:** LISETH ALEJANDRA VARELA MELO

Cargo INSTRUCTOR

1. ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RIESGOS OCULARES

Empresa	CONSULTA PARTICULAR	Cargo	INSTRUCTOR

Tiempo de exposición	Factor de riesgo	Tipo protección

2. ANTECEDENTES DE SALUD

Generales	Si/No	Cual	Visuales	Si/No	Cual
Personales	No		Patologías	No	
Familiares	No		Cirugía	No	
Tratamientos	No		Usa anteojos	Si	
Toma Medicamentos	No		Lentes de contacto	No	

3. CARACTERISTICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

Características	Si/No	Características	Si/No
Realiza trabajo de precisión	No	Trabaja con videoterminales	No
Esta expuesto a Vapores - Humo - Polvo	No	Inconvenientes visuales relacionados con el trabajo	No

Sintomatología

4. EXAMEN VISUAL

		SIN CORRECCION		CON CORRECCION	
AGUDEZA VISUAL		Visión lejana	Visión Próxima	Visión Lejana	Visión Próxima
	O.D.	20-200	05M	20-20	
	O.I.	20-200	05M	20-20	

EXAMEN EXTERNO	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	
	PINGUECULA NASAL		PINGUECULA NASAL	
MOTILIDAD OCULAR	Punto próximo de convergencia			
	Cover test visión lejana	ORTHO	Cover tes visión próxima	X
OFTALMOSCOPIA	O.D.	NO PRESENTA ALTERACION PATOLOGICA		
	O.I.	NO PRESENTA ALTERACION PATOLOGICA		

REFRACCION	O.D.	MENOS250ESF			A.V.	20-20		
	O.I.	MENOS250ESF			A.V.	20-20		
	Prescripción final	O.D.	MENOS250ESF		A.V.	20-20	D.P.	
		O.I.	MENOS250ESF		A.V.	20-20	D.P.	

VISION COLOR	O.D.	Normal	O.I.	Normal	ESTEREOPSIS	Normal
OBSERVACION						

5. DIAGNOSTICO CIE10

H521 Miopía

6. CONDUCTA

Uso de corrección óptica

Este examen se realizo bajo protocolos de bioseguridad de prevención COVID-19, implementado en la IPS SERVIR SAS.

Aspirante o Trabajador

Alejandra Varela

LISETH ALEJANDRA VARELA MELO
CC 1110512664

Evaluado por:

Andrea Vidal Arevalo
T.P 8381 Fundacion Universitaria San Martin

SERVIR S.A.S

NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

AUDIOMETRIA

ORDEN 46658

INFORMACIÓN GENERAL



Tipo Examen: Preocupacional **Ciudad** Ibagué **Fecha** 19/02/2024

Empresa Contratante: CONSULTA PARTICULAR

Empresa en Mision:

Documento: CC 1110512664 **Nombre:** LISETH ALEJANDRA VARELA MELO

Cargo INSTRUCTOR

ANTECEDENTES PERSONALES

Salud	Auditivos	Laborales y extralaborales
No refiere	No refiere	Uso de audifono manos libres

Observaciones: N.R

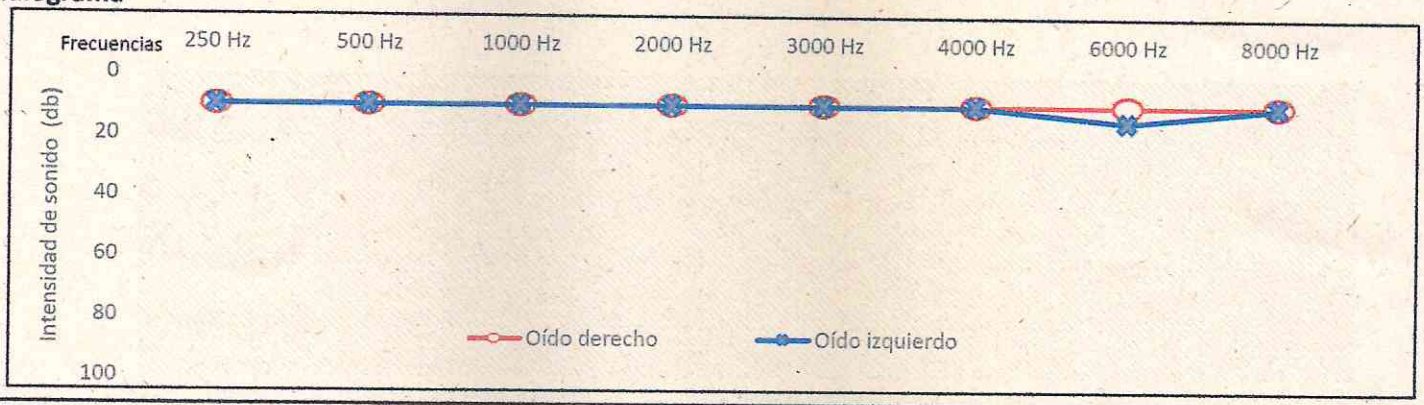
OTOSCOPIA

Oído derecho	Normal	Oído izquierdo	Normal

Audiometría de tonos puros

Frecuencias	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Oído derecho	10	10	10	10	10	10	10	10
Oído izquierdo	10	10	10	10	10	10	15	10

Audiograma



OIDO		DIAGNOSTICO CIE - 10
Derecho	CIE 10	Audición normal
	Descrip	Audición normal
Izquierdo	CIE 10	Audición normal
	Descrip	Audición normal
Observaciones:		Audición normal

RECOMENDACIONES

Realizar control según el PVE de la empresa		Reposo auditivo extra laboral
Control auditivo anual		

Este examen se realizo bajo protocolos de bioseguridad de prevención COVID-19, implementado en la IPS SERVIR SAS.

Aspirante o Trabajador

Alejandra Varela

LISETH ALEJANDRA VARELA MELO
CC 1110512664

Evaluado por:

Andrea Aguirre

Andrea Yineth Aguirre Bustos
E.S.O Reg. 13542 UMB

SERVIR S.A.S
NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

TEST PSICOSOCIAL
ORDEN 46658

INFORMACIÓN GENERAL



Tipo Examen: Preocupacional **Ciudad** Ibagué **Fecha** 19/02/2024
Empresa Contratante: CONSULTA PARTICULAR
Empresa en Mision:
Documento: CC 1110512664 **Nombre:** LISETH ALEJANDRA VARELA MELO
Cargo INSTRUCTOR

TEST PSICOLOGICO (PSICOSOCIAL) LABORAL

Este Test se creo con el objeto de evaluar estado psicologico (psicosocial), para ingreso o control laboral

CONCEPTO

Paciente que se muestra orientado en tiempo y espacio, disposicion adecuada, emocionalmente estable, es coherente en su pensamiento y lenguaje.

Se evidencia buena percepción de si mismo, habilidades para el trato con otras personas y cuenta con un grupo de apoyo a nivel social y familiar. No se evidencia indicativos de riesgos a nivel familiar, se recomienda actividades a nivel personal que sean de su agrado.

Sin evidenciar rasgos psicopatológicos durante la evaluación.

CONDUCTA

Sin restricción para control laboral o ingreso laboral según entrevista y prueba psicotecnica aplicada

Estado psicologico adecuado al momento de la entrevista y prueba psicotecnica.

DECLARACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respecto a la entrevista y la aplicación del test para el trabajo en alturas y/o espacios confinados. Doy consentimiento para realizar la entrevista y aplicar el test como herramienta complementaria, para determinar si existe o no restriccion para el trabajo en alturas y/o espacios confinados. Actuo conciente, libre y voluntariamente, contribuyendo sin omitir informacion acerca de mis antecedentes personales en salud y de mi personalidad, todo lo expresado por mi es veridico.

Este examen se realizo bajo protocolos de bioseguridad de prevención COVID-19, implementado en la IPS SERVIR SAS.

Aspirante o Trabajador

Alejandra Varela

LISETH ALEJANDRA VARELA MELO
CC 1110512664

Evaluado por:

Luisa Moreno

Luisa Fernanda Moreno Rodriguez
T.P. 106088

01089529

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente	: VARELA MELO LISETH ALEJANDRA	**Origen**	: IBAGUE - TOLIMA
Historia	: 1110512664	**Convenio**	: SERVIR SAS
Identificación	: 1110512664	**Fecha Recepción**	: 2024-02-19 09:14:07
Edad/Sexo	: 32 / M	**Fecha Impresión**	: 2024-02-19 11:57:45.
Telefono	: .	**Empresa**	:
Remisión	: 01089529		

HEMATOLOGIA

Hemograma Tipo III - Método Automático

HEMOGRAMA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
Recuento de Eritrocitos	**4.73**	x10^6/mm^3	4.50 -	6.50 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**12.8**	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	**40.01**	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	**85**	um^3	80 -	100 fl
HB Corspuscular Media	**27.1**	pg	27.0 -	32.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**32.0**	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**13.8**	%	11.5 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	**292**	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**7.8**	um^3	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	**38.4**			
Plaquetocrito	**0.23**			
Recuento de Leucocitos	**6.00**	x10^3mm^3	4.0	10.0
% Neutrofilos	**69.7**	%		
% Linfocitos	**23.9**	%	25.0 -	50.0 %
% Monocitos	**6.3**	%	2.0 -	10.0 %
# Neutrofilos	**4.19**	x10^3mm^3		
# Linfocitos	**1.44**	x10^3mm^3	1.0 -	5.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.38**	x10^3mm^3	0.20 -	1.50 x10^3mm^3

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 10:28

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO
BACTERIOLOGA
T.P. 42067747

QUIMICA

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico **recepcion@laboratoriobioanalisis.co** o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa			
-			
Glucosa	**90.97**	mg/dl	70 - 105 mg/dL
Valor de Referencia: 70-105 mg/dL			
Técnica:Colorimetrica			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44	**RESULTADOS HISTORICOS**	26/05/2021	
	RESULTADO	69.59	
Triglicéridos			
Trigliceridos	**100**	mg/dl	> 500 mg/dL MUY ALTO 200 - 499 mg/dL ALTO 150 - 199 mg/dL DUDOSO Hasta 150 mg/dL BAJO
Técnica:Colorimetrica enzimatica			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44	**RESULTADOS HISTORICOS**	26/05/2021	
	RESULTADO	67	
Colesterol Total			
Colesterol	**211.7**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Técnica: Colorimetrica Enzimática			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44	**RESULTADOS HISTORICOS**	26/05/2021	
	RESULTADO		

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico **recepcion@laboratoriobioanalisis.co** o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

01089529

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente	: VARELA MELO LISETH ALEJANDRA	**Origen**	: IBAGUE - TOLIMA
Historia	: 1110512664	**Convenio**	: SERVIR SAS
Identificación	: 1110512664	**Fecha Recepción**	: 2024-02-19 09:14:07
Edad/Sexo	: 32 / M	**Fecha Impresión**	: 2024-02-19 11:57:45.
Telefono	: .	**Empresa**	:
Remisión	: 01089529		

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Colesterol de Alta Densidad - HDL			
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**49.01**	mg/dl	Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL Riesgo bajo: > 60 mg/dL
Técnica: DIRECTO			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático			
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**142.69**	mg/dl	Hasta 100 mg/dL OPTIMO 100-129 mg/dL CASI OPTIMO 130-159 mg/dL MODERADO 160-189 mg/dL ELEVADO > 190 mg/dL MUY ELEVADO
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Colesterol VLDL			
Colesterol VLDL	**20.00**	mg/dl	5 - 40
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Indice Arterial			
Indice Arterial	**4.3**		Hasta 5
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico **recepcion@laboratoriobioanalisis.co** o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

SERVIR S.A.S

NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

ORDEN 46658
Fecha 19/02/2024

155400

ANEXO A HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Ibagué, 19 de Febrero de 2024

Documento: CC 1110512664

Nombre: LISETH ALEJANDRA VARELA MELO

Empresa Remitente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

I.CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACION PARA LA REALIZACION DE EXAMENES Y TAMIZAJES OCUPACIONALES.

Certifico que he sido informado por el personal de SERVIR SAS, acerca de los propósitos del examen médico ocupacional y de las pruebas complementarias a realizar. Igualmente, se me informa sobre la naturaleza del COVID-19, modos de contagio y las medidas de bioseguridad implementadas en SERVIR SAS, para prevenir el riesgo de transmisión del virus e indicaciones de aislamiento por sintomatología asociada.

Beneficios: Obtener conocimiento del estado clínico según exámenes realizados. No tener restricciones dentro de las funciones del cargo. Si requiere; se emite remisión a EPS para seguimiento clínico.

Riesgos: Omitir información de los antecedentes de salud. No cumplir con los criterios, o que tenga restricción para el cargo según profesiograma, y/o factores de riesgo en la exposición en el cargo.

Manifiesto que comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riegos de los exámenes a realizar. Por tal motivo dejo constancia que doy mi consentimiento para realizar los exámenes y/o pruebas solicitadas por mi y/o mi empresa contratante. Entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento: Autorizo la realización de los siguientes exámenes y/o pruebas complementarias:

Audiometria ,Examen de optometria,Cuadro hematico - hemograma tipo iii,Perfil lipidico,Glicemia,Test psicosocial ,Examen medico preocupacional

II. DECLARACIONES DE SALUD Y ANTECEDENTES MEDICOS

La información que aquí registra, sobre su estado de salud y sus antecedentes personales, tienen por objeto suministrar información al médico ocupacional, para determinarsu aptitud laboral.

Conociendo el propósito de la información solicitada, declaro bajo la gravedad del juramentoque la informaciónescrita en este anexo sobre mi estado de salud esverídica y completa. Soy consciente que la omisión de información sobre mi estado de salud puede afectar mi condición de salud laboral, por tal motivo confirmo que no presento antecedentes de salud adicionales a los aquí expresados que me generen alteraciones en la salud para la ejecución de las tareas a realizar.

1. Tiene o ha tenido alguna enfermedad. SI_____ NO X Cual ?_____
2. Le han realizado procedimientos quirúrgicos. SI_____ NO X Cual ?_____
3. Tiene algún procedimiento quirúrgico pendiente. SI_____ NO X Cual ?_____
4. Toma algún tipo de medicamento. SI_____ NO X Cual ?_____
5. Ha presentado traumas (golpes, fracturas). SI_____ NO X Cual ?_____
6. Ha sido hospitalizado. SI_____ NO X Por qué? _____
7. Se le ha aplicado alguna vacuna en los últimos 10 años. SI X NO_____ Cual ? COVID , Influenza
8. Presenta alguna alergia a sustancias o medicamentos. SI_____ NO X Cual ?_____
9. Ha sufrido algún accidente laboral reportado a la ARL en la empresa donde ha trabajado. SI____ NO X
Cual?_____
10. Le han calificado alguna enfermedad relacionada con el trabajo por EPS o ARL. SI____ NO X
Cual ?_____

III. AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONASLES

Dando cumplimiento a lo previsto por la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales y el Decreto 1373 de 2013 reglamentación parcial Ley 1581, autorizo expresamente a SERVIR SAS, para que de manera libre, voluntaria y debidamente informada, realice el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de mis datos personales (nombre, datos de contacto, datosdemográficos e informaciónclínica) sean recolectados y conservados dentro de la base de datos de SERVIR SAS, cuyo uso se encuentra destinado a establecer y mantener una constante comunicación con los usuarios, pacientes, clientes y proveedores, para mantenerlos informados sobre modificaciones de las pruebas de diagnóstico, cambios en el portafolio de servicios, u otros fines pertinentes a la prestación de los servicios. Reconozco el derecho y el deber de los colaboradores de SERVIR SAS, a aplazar o cancelar los exámenes a realizar, en caso de incumplir por mi parte con las medidas de bioseguridad y autoprotección, ampliamente explicadas en la IPS, dada la necesidad de prevenir la propagación del COVID-19 en el país.

Firma Paciente:

Alejandra Varela Melo

No. Documento: 1110512664

Huella indice derecho



Validación exámenes médicos pre-ocupacionales Pública Clasificada\Todos los empleados (Sin Restricción)

Agradezco la atención prestada.

Cordial saludo.

Ocultar historial de mensajes

Retención: Exchange Online (10 años) Expira: Vie 17/02/2034 9:09



Edilma Silva Paez

Para: Liseth Alejandra Varela Melo

Mar 20/02/2024 9:09

CC: Yuliet Daniela Aros Romero; Paola Amado Angulo

Buenos días, respetada señora **Liseth Alejandra Varela Melo**

De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual de instructor.

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

Responder | Responder a todos | Reenviar

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, **LISETH ALEJANDRA VARELA MELO** identificado con **CC** No. **1110512664**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 09/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 14/12/2024 **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): 202401019664577.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de septiembre 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