

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11	
			Código Centro		920910	
			Fecha Elaboración		Octubre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		81190-255533	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: HUGO IVAN RESTREPO GALLEGO			Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	
Cédula de Ciudadanía 7.542.647			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: hrestrepog@sena.edu.co			Número de Cuenta:		24083466485	
IP/N° de contacto: 14757			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						
N° del contrato: 6833707/2024		N° Compromiso SIIF 252124		Número de pagos durante la vigencia del contrato		3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		NSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ“N DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACIÃ“N .				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	03/10/2024	Al	31/10/2024	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 10.463.333
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:		\$ 10.463.333
Valor Bruto Pago:	\$ 4.300.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 6.163.333
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 4.300.000			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 \$ 4.300.000			Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.857.800			TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
			Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.857.800,00 TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS			-----	1066408763	Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.809.800,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.720.000	\$ 0	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 215.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 275.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
ARL V			\$ -	\$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 36.803,00 0,966%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -		- 0,00 0%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -		- 0,00 0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -		- 0,00 0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias			\$ -		- 0,00 0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC			\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias			\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda			\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Dependientes hasta			\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Salud hasta \$ 753.040			\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% \$ 9.295.337			\$ 952.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 0					Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$					VALOR A PAGAR \$4.263.197,00	
SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
IMPARTIR FORMACIÒN TITULADA EN TECNÒLOGO EN GESTIÒN DE GAS COMBUSTIBLE						
FICHA 2774999 :CONTROLAR INSTALACIONES DE REDES DE GAS COMBUSTIBLE						
IMPARTIR FORMACIÒN TITULADA EN TECNÒLOGO EN GESTIÒN DE GAS COMBUSTIBLE						
FICHA 2898284 :CONTROLAR INSTALACIONES DE REDES DE GAS COMBUSTIBLE, VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES , SEGUN NORMATIVO						
IMPARTIR FORMACIÒN TITULADA EN TECNÒLOGO EN GESTIÒN DE GAS COMBUSTIBLE						
FICHA 3072784 :CONTROLAR INSTALACIONES DE REDES DE GAS COMBUSTIBLE						
IMPARTIR FORMACIÒN COMPLEMENTARIA EN RAZONAMIENTO CUANTITATIVO						
FICHA 3083398 :FORTALECIMIENTO EN RAZONAMIENTO CUANTITATIVO PARA ARTICULACIÒN CON LA MEDIA						
FICHA 3057790 :COMPLEMENTARIA, EVALUAR SISTEMAS PARA SUMINISTRO DE GAS COMBUSTIBLE						
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						
				HUGO IVAN RESTREPO GALLEGO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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 periodo 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.						
				MARTHA LUCIA CARDOZO PAVAS 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 WILLIAM DARIO RIAÑO BARON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HUGO IVAN RESTREPO GALLEG0 identificado(a) con CC 7542647 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	07/12/2012
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 20 días del mes septiembre del 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

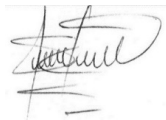
Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HUGO IVAN RESTREPO GALLEG0** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7542647**, se encuentra afiliado/a desde **03/04/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de septiembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



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, **HUGO IVAN RESTREPO GALLEGU** identificado con **CC No. 7542647**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 04/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2024 Fecha fin de Contrato: 20/09/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 5

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 prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

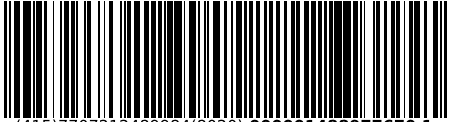
Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401020475927.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

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

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14889776701			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 75426476				6. DV 6		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 7542647		27. Fecha expedición	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Quindío		30. Ciudad/Municipio Armenia		001	
31. Primer apellido RESTREPO		32. Segundo apellido GALLEGO		33. Primer nombre HUGO		34. Otros nombres IVAN	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CL 33 20 12 ESTE							
42. Correo electrónico hugoivan1963@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3102077272		45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 8551		47. Fecha inicio actividad 20100101		48. Código 8542		49. Fecha inicio actividad 20100101	
50. Código 7490		51. Código 8543		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 549							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 2023 - 01 - 23 / 11 : 43: 49			
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
984. Nombre RESTREPO GALLEGO HUGO IVAN				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 2 Hoja 6			
				4. Número de formulario 14889776701			
				(415)7707212489984(8020) 000001488977670 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
7 5 4 2 6 4 7		6		Impuestos de Bogotá		3 2	
Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros							
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica					
Establecimiento de comerci 0 2		Comercio al por menor de libros, periódicos, materiales y artículos de papele 4 7 6 1					
162. Nombre del establecimiento							
LIBRERIA TECNICIENCIAS							
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio					
Quindío 6 3		Armenia 0 0 1					
165. Dirección							
BRR LA IRLANDA MZ A CA 22							
166. Número de matrícula mercantil				167. Fecha de la matrícula mercantil			
6 2 4 3 5				1 9 9 2 0 7 0 3			
168. Teléfono				169. Fecha de cierre			
6 7 4 0 7 5 9 4							
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica					
162. Nombre del establecimiento							
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio					
165. Dirección							
166. Número de matrícula mercantil				167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono				169. Fecha de cierre			
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica					
162. Nombre del establecimiento:							
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio					
165. Dirección							
166. Número de matrícula mercantil				167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono				169. Fecha de cierre			



Hace constar:

Que el Sr(a) HUGO IVAN RESTREPO GALLEGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7542647 realizó el día 18/10/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo HUGO IVAN RESTREPO GALLEGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7542647 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) HUGO IVAN RESTREPO GALLEGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7542647 el día 18/10/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 11-feb.-2023

HORA 11:01:42

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

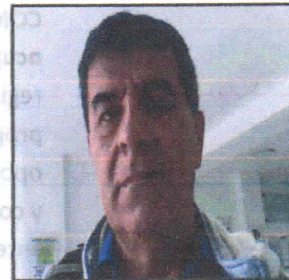
INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Hugo Ivan Restepo Gallego

Edad 59 años 6 meses 24 días

Documento de Identificación: CC Número: 7542647

Cargo CONTRATISTA



APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.

Optometría

Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, DEFECTO VISUAL, QUE REQUIERE EXAMEN DE OPTOMETRIA

Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, DEFECTO VISUAL, QUE REQUIERE EXAMEN DE OPTOMETRIA

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL / PERFIL LIPIDICO: NORMAL / HEMOGRAMA: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1/ Hábitos de vida y convivencia saludables que mejoren la carga laboral y disminuyan el riesgo psicosocial. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo y uso de EPP acorde a la actividad laboral. 3/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo. 4/ Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales. 5/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada. 6/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares. 7/ Cuidados con la alimentación e hidratación constante. 8/ Control anual con odontología y medicina general por EPS. 9/ Técnica de lavado de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias y diarreicas.

No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laboral y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 08 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS

MEDICO osteomuscular: Normal. / OPTOMETRIA: Normal / MUSCULOESQUELETICO: Normal / CARDIOVASCULAR: Normal

CARDIOVASCULAR: Normal / AUDIOMETRIA: Normal.

CONCEPTO PSICOSOCIAL: Trabajador sano o con hallazgos clínicos que no generan Pérdida de capacidad laboral ni limita el normal ejercicio de su labor. Persona ajustada a la realidad, emocionalmente equilibrado, no se evidencia ningún rasgo ni estado fuera de lo normal, sin embargo, se sugiere trabajar pausas activas durante la jornada, se evidencia presencia de algunos estados y rasgos del riesgo psicosocial que pueden estar presentes en el paciente por lo cual se sugiere realizar de manera preventiva capacitaciones del riesgo psicosocial, manejar estilos de vida saludables.

REMISION A EPS?: NO

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Trabajador

Firma

Reg. Med. 72173322
LIC.SST 3508 19/07/22

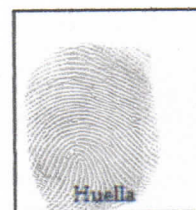
Firma

Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

Nombre: Hugo Ivan Restepo Gallego

RM. SST3508-19-07-22 Lic.SO:

CC N° 7542647



Calle 27 Sur No. 14-43 Teléfono: 300 294 35 55 PBX: 209 21 83- 361 76 12 - 407 35 50

EMAIL: servisaludagenda@gmail.com, servisaluddelolaya@gmail.com

WWW.SERVISALUDOCUPACIONAL.COM

Bogotá D.C. Colombia

11/02/2023

Página 1 de 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.**, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.**, me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS.**, para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS.**, para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS.**, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.**, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por **EL RESPONSABLE**, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

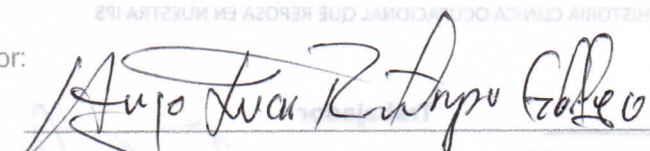
Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma:

Nombre:

CC No.

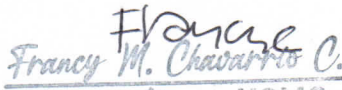

HUGO IVAN RESTREPO GALLEGO
7'542.647.



N° Identificación: CC 7542647**Paciente** Hugo Ivan Restepo Gallego**Edad** 59 años 6 meses 24 días**Dirección** CLL 33 N.20-12 B/ SANTA RITA**Telefono** 3102077272**Entidad** PARTICULAR**Fecha** sábado, 11 de febrero de 2023**LABORATORIO****QUIMICA SANGUINEA**

Examen	Resultado	Técnica	Unidad	Vr.Normal
GLICEMIA	87	Enzimático	mg/dL	70-110
COLESTEROL TOTAL	227*	Enzimático	mg/dL	< 200
COLESTEROL HDL	43	Enzimático	mg/dL	H >55 M > 65
COLESTEROL LDL	155*	Semiautomatizado	mg/dL	< 130
TRIGLICÉRIDOS	146	Enzimático	mg/dL	< 150

REALIZADO POR:
FRANCY MILENA CHAVARRIO CAÑAS
BACTERIOLOGA UCMC
T.P. 1022981858


Bacterióloga UCMC
T.P. 1022981858

MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
RM.. 52125928

CUADRO HEMATICO IV

NIT.830.136.321-5

Código Prestador Servicios No. 1100112762 - 01

Licencia en Salud Ocupacional No.10722 de 08/11/08

ID: 7542647

Modo: Completa

Hora: 11-02-2023 08:36

Nombre: HUGO IVAN RESTREPO GALLEGU

Sexo: Varón

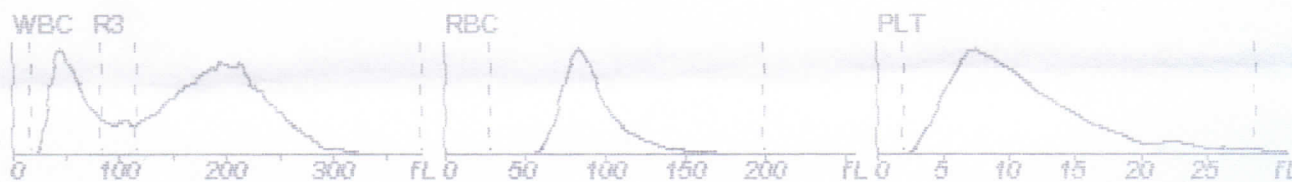
Edad: 59 años

N.º hª clín.:

N.º cama:

Dept.:

Parámetro		Result.	Rango ref.
WBC		6.6 x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph#		1.7 x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Mid#		0.5 x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran#		4.4 x 10 ⁹ /L	2.0 - 7.0
Lymph%		25.6 %	20.0 - 40.0
Mid%		7.1 %	3.0 - 15.0
Gran%		67.3 %	50.0 - 70.0
HGB	H	18.5 g/dL	12.0 - 16.0
RBC		5.34 x 10 ¹² /L	4.00 - 5.50
HCT	H	55.4 %	40.0 - 54.0
MCV	H	103.9 fL	80.0 - 100.0
MCH	H	34.6 pg	27.0 - 34.0
MCHC		33.3 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.8 %	11.0 - 16.0
RDW-SD		50.9 fL	35.0 - 56.0
PLT		180 x 10 ⁹ /L	100 - 300
MPV		8.7 fL	6.5 - 12.0
PDW		15.4	9.0 - 17.0
PCT		0.156 %	0.108 - 0.282



Rmte.:

Analiz.:

Compr.:

Francisco
Francy M. Chacarro C.
 Bacterióloga UCMC
 T.P. 1022981858

Calle 27 sur No.14-43 • PBX (57-1) 361 76 12 • Fax (57-1) 407 35 50

Tel.: (57-1) 366 13 58 • E-mail: servisaluddelolaya@gmail.com

www.servisaludips.com

PAGADA 10/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HUGO IVAN RESTREPO GALLEG0		
Documento	CC7542647	Dirección	CL 33 #20 - 12
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3102077272
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	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 7542647	HUGO IVAN RESTREPO GALLEG0	59	0																		0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$1.720.000	\$275.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$1.720.000	\$215.000	0.522	\$1.720.000	\$9.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$499.200

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, licen- cias, saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.720.000	\$1.720.000	\$1.720.000	\$0	\$275.200	\$215.000	\$9.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$499.200	\$500	\$499.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!