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 FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**43571-600645**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.696.049	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	elandinez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	478970038194
IP/Nº de contacto:	3057058734	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7407390/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**8525**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**06/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.598.120
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 38.598.120
Valor Bruto Pago:	**$ 2.859.120,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.739.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.859.120	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	**$ 2.859.120**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.813.620**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 34.700	$ 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	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 605.000	
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	1.813.620,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.453.320,00	
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	23.699,00	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	**$2.835.421,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

6-28/02/2025 FORMACION PEDAGOGICA VIRTUAL POR MEDIO DE HERRAMIENTAS MEET GUIA MEDICINA INTERNA, DOCUMENTOS INICIO PRACTICA.

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

ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ
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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ identificado(a) con CC. 52696049 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2006/04/23**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 19 días del mes de 02 del año 2025.

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

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52696049,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2020** 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 19 de febrero de 2025.



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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141155032960

(415)7707212489984(8020) **000014115503296 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 6 9 6 0 4 9	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 6 9 6 0 4 9	

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
LANDINEZ	ORTIZ	ERYCKA	LILIANA

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 166 19 32

42. Correo electrónico eryckalandinez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 5 7	3 0 5 7 0 5 8 7 3 4	3 1 3 8 0 2 9 3 3 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 8 1 2 1 7	8 2 9 9	2 0 1 4 1 2 2 0	8 5 4 3	4 7 9 9		

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 [X] 60. No. de Folios: 0

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 LANDINEZ ORTIZ ERYCKA LILIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 52696049		LANDINEZ ORTIZ ERYCKA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 161 7B-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7340154	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	9480231255	9480231255	I	2025/01/14	2025/01/13	BANCO DE BOGOTA	0	$402,200

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	52696049	LANDINEZ ERYCKA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

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 52696049		LANDINEZ ORTIZ ERYCKA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 161 7B-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7340154	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	9480231255	9480231255	I	2025/01/14	2025/01/13	BANCO DE BOGOTA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Identificada con NT No. 899999034

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 8250619003812, a partir del 04 de Octubre del año 2013.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52696049	ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ	SUSTANCIAS QUIMICAS INDEPENDIENTES TASA 2.436 %	3	2.436%	07/02/2025	23/12/2025	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 11 de Febrero del año 2025.

Firma Representante Legal

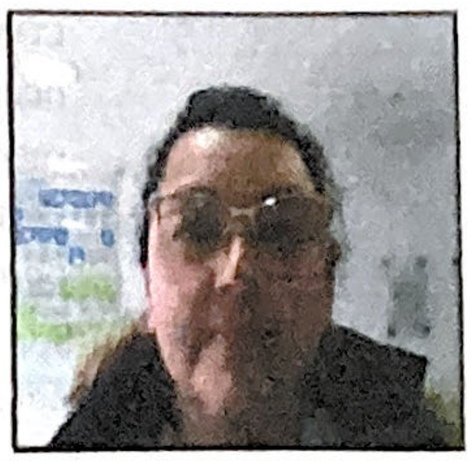
Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.

NIT. 830.136.321-5
LIC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 14-ene.-2023 **HORA** 11:04:52
EMPRESA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Erycka Liliana Landinez Ortiz
Edad 42 años 9 meses 29 días
Documento de Identificación: CC Número: 52696049
Cargo INSTRUCTORA ENFERMERIA

APTA PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.

Optometría
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE .
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE .

Espirometria: NORMAL
Control en exámenes periódicos
Uso de elemento de protección personal (respiratorio)

LABORATORIO: GLICEMIA, PERFIL LIPIDICO, HEMOGRAMA: NORMALES / UROANALISIS: ANORMAL

Otras Recomendaciones: 1/ / Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna, 5/ Cuidados con la alimentación, 6/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 7/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 8/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral.12/ Hidratación constante. 9/ Hábitos saludables.
13/ Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS
MEDICO: Normal / OSTEOMUSCULAR: Normal / CARDIOVASCULAR: Normal / PSICOSOCIAL: Normal, DERMATOLOGICO: Normal, ANTICUERPOS DE HEPATITIS B (-).
CUADRO HEMATICO: Normal
REMISION A EPS?: SI, MEDICINA GENERAL

"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

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

Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM. SST3508-19-07-22 Lic.SO:

Trabajador

Firma

Nombre: Erycka Liliana Landinez Ortiz
CC N° 52696049

Huella

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.,** a realizar en mí, el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.,** me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclinico(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 paraclinico(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, explicita, 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: Erysta Liliana Landinez Ortiz

CC No. 57696049



SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT 830.136.121-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762 - 01
Licencia en Salud Ocupacional No.10722 de 08/11/08

N° Identificación: CE 52696049
Paciente Erycka Liliana Landinez Ortiz **Edad** 42 años 9 meses 29 dias
Direccion CLL 166#19-32 BARRIO TOBERIN **Telefono** 3057058734
Entidad SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Fecha** sábado, 14 de enero de 2023

LABORATORIO

QUIMICA SANGUINEA

Examen	Resultado	Técnica	Unidad	Vr.Normal
GLICEMIA	102	Enzimático	mg/dL	70-110
COLESTEROL TOTAL	253*	Enzimático	mg/dL	< 200
COLESTEROL HDL	58	Enzimático	mg/dL	H >55 M > 65
COLESTEROL LDL	141*	Semiautomatizado	mg/dL	< 130
TRIGLICÉRIDOS	269*	Enzimático	mg/dL	< 150

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

Francy M. Chavarrio C.
Bacterióloga UCMC
T.P. 1022981858

MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
RM.. 52125928

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT.830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762 - 01
Licencia en Salud Ocupacional No.10722 de 08/11/08

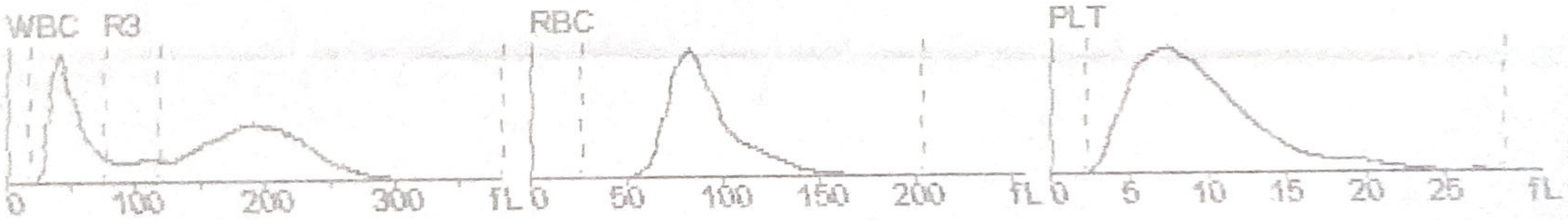
CUADRO HEMATICO IV

ID: 526960049 Modo: Completa Hora: 14-01-2023 10:09

Nombre: ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ Sexo: Mujer Edad: 42 años

N.º hª clín.: N.º cama: Dept.:

Parámetro		Result.		Rango ref.
WBC		6.9	x 10^9/L	4.0 - 10.0
Lymph#		2.3	x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#		0.6	x 10^9/L	0.1 - 1.5
Gran#		4.0	x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%		34.0	%	20.0 - 40.0
Mid%		9.0	%	3.0 - 15.0
Gran%		57.0	%	50.0 - 70.0
HGB		14.9	g/dL	11.0 - 15.0
RBC		4.81	x 10^12/L	3.50 - 5.00
HCT		46.4	%	37.0 - 47.0
MCV		96.5	fL	80.0 - 100.0
MCH		30.9	pg	27.0 - 34.0
MCHC		32.1	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		14.2	%	11.0 - 16.0
RDW-SD		49.9	fL	35.0 - 56.0
PLT	H	323	x 10^9/L	100 - 300
MPV		7.6	fL	6.5 - 12.0
PDW		15.1		9.0 - 17.0
PCT		0.245	%	0.108 - 0.282



Rmte.: Analiz.: Compr.:

Francy M. Chavarrio 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

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT.830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762 - 01
Licencia en Salud Ocupacional No.10722 de 08/11/08

N° Identificación: CC 52696049
Paciente Erycka Liliana Landinez Ortiz **Edad** 42 años 9 meses 29 dias
Direccion CLL 166#19-32 BARRIO TOBERIN **Telefono** 3057058734
Entidad SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Fecha** sábado, 14 de enero de 2023

LABORATORIO

PARCIAL DE ORINA

Parámetros:

1. FÍSICO
Color: AMARILLO
Aspecto: TURBIO

2. QUÌMICO
pH: 6.0
Densidad: 1030
Nitritos: POSITIVO
Urobilinógeno: NEG
Proteínas: NEG
Sangre: NEG
Cetonas: NEG
Bilirrubina: NEG
Glucosa: NEG
Leucocitos: NEG

3. MICROSCÒPICO:
Células epiteliales escamosas: 2-6/C
Células epitelio renal: -
Bacterias: ++++
Hematíes: -
Leucocitos: 2-5/C
Moco: +
Cristales: OXALATO DE CALCIO +
Cilindros: -
Hongos: -

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

Francy M. Chavarrio C.
Bacterióloga UCMC
T.P. 1022981858

MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
RM.. 52125928

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

11500705

Nombre	**LANDINEZ ORTIZ ERYCKA LILIANA**			Fecha de recepción:	15/01/2023
Identificación	CC 52696049	Tel.	3057058734	Fecha Muestra	15/01/2023
Edad	42 Años 10 Meses 0 Dias	Sexo	F	Fecha de impresion:	
Médico	MEDICOS VARIOS			Empresa	SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS
No. Ordenamiento	52696049			Sede	REFERENCIA
Fecha de nacimiento	16-mar.-1980				

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE **Metodo: Quimioluminiscencia**	**38.8**	mUI/mL	

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml

KELLY CUERVO GUERRERO
C.C 1.010.169.857
BACTERIOLOGA

15-ene.-2023 5:58:00a. m.

CARLOS FERNANDO BLANCO ORTEGA
CC 1.090.382.114
BACTERIOLOGO

16-ene.-2023 6:41:00a. m.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010559712

Fecha de generación del carné: jueves, 28 de noviembre de 2024 05:22 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52696049
Nombres y Apellidos	ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ
Fecha de nacimiento:	16/03/1980

DPT Acelular	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	14/04/2015	Avaxim 160	K0364-3 oct-16	Centro de Atención en Salud Cafam Calle 48
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	07/07/1999	Engerix B Adultos		
	Segunda dosis	10/08/1999	Engerix B Adultos		
	Tercera dosis	09/02/2000	Engerix B Adultos		
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	02/05/2024	Green Cross 0.5 ml	V50524002	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ORQUÍDEAS
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	01/04/2022	pneumovax 23	U024043	Centro de Atención en Salud Cafam Calle 48
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Segunda dosis	02/12/2008	Tetavax		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010559712

Fecha de generación del carné: jueves, 28 de noviembre de 2024 05:22 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52696049
Nombres y Apellidos	ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ
Fecha de nacimiento:	16/03/1980

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	10/04/2021	Pfizer	EW3344	Centro de Atención en Salud Cafam Floresta
	Adicional	21/03/2024	Moderna Bivalente	019M22-2A	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ORQUÍDEAS
DPT	Única	08/09/2023	Adacell	2CA04CA	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010559712

Fecha de generación del carné: jueves, 28 de noviembre de 2024 05:22 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52696049
Nombres y Apellidos	ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ
Fecha de nacimiento:	16/03/1980

Td	Tercera dosis	01/04/2022	Toxoide Tetánico y diftérico	2339X026A	Centro de Atención en Salud Cafam Calle 48
	Cuarta dosis	27/07/2023	Toxoide Tetánico y diftérico	2331L027C	Centro de Atención en Salud Cafam Calle 48
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	06/04/2015	Vaccine	S101339 09/16	Centro de Atención en Salud Cafam Calle 48
	Segunda dosis	08/09/2023	VARIVAX	W031394	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				
VPH Tetravalente	Única				

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1 Dosis Aplicada	22/03/23	PFIZER	PC8009	HOSPITAL SAN IGNACIO	Laura Ximena Ortiz Pérez C.C. 1003519762 Aux. Enfermería.	
	2 Aplicada	21 marzo 2022	Moderna Bivalente	019M22-2A	USJ Orquídeas	Luz Arneda	64739021

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10-04-2021	PFIZER.	EW3344	CAFAM FLORESTA	CINDY HERNANDEZ	1004494274
	2	04-08-21.	pfizer	29/25BA	Cafam floresta	Marellys A.	32850237.
		26-06-22	PFIZER	ACC 5863	HOSPITAL SAN IGNACIO	Laura Ximena Ortiz Pérez C.C. 1003519762 Aux. Enfermería.	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2	2/12/2008		
	3	01/09/2022		
	4	27 JUL 2023	233K027C	Cruz Pineda
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	27 JUL 2023	230046 Cinet y pineda	
	Anual	02.05.24	V505240022/21 Sut A	
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA

NIT. 900.160.179-1

Cod. del Prestador 1100117560

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

IPS Mundo Salud Medical Group Ltda.

A 15794

NOMBRE: Erycka Liliana Ladinez Ortiz

IDENTIFICACIÓN: 52.696.049 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 16.03.80 TEL.: 3057058734.

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1	08 SEP 2023	VARIVAX W031394 30/9/2024	IPS NUEVO SALUD
	2			

IPS Nuevo Salud
Medica General

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
DPT	4	08 SEP 2023	ADACEL L. 2CA04CA 31/10/2024	IPS MUNICIPAL SALUD
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	2	08-Oct-23	Medical Group S.A.S.	
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

Scanned with CamScanner

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR		08 SEP 2023	ADACEL L. 2CA04CA 31/10/2024	IPS MUNDO SALUD
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁ-BICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

IPS Mundo Salud Medical Group