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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**78500-287077**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CAMILO FERNANDO GARCIA BARON	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.016.012.702	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cfgarciab@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0181000200312562
IP/Nº de contacto:	0	**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**	NO

¿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	NO
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:	7432970/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**5425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.528.280
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:	**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.622

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.658	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	**$ 3.219.658**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.863.392**	**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		----------	**83456957**
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 I		$ 7.500	$ 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		$ 321.966	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 621.000	
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	1.863.392,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.813.858,00	
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	27.182,00	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	**$3.192.476,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas

Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones.

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales.

Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro.

Cumplir con las disposiciones sobre protección de datos personales, ajustándose a lo establecido en el Acuerdo 009 de 2016 del SENA.

Apoyar actividades de divulgación y promoción de programas de formación, servicios tecnológicos y proyectos de cooperación.

Aplicar las disposiciones vigentes en gestión documental, ajustando los procedimientos a las Tablas de Retención Documental

Velar por el adecuado uso de los ambientes de formación y recursos asignados, reportando el estado de estos y asegurando

Implementar estrategias de formación inclusiva, considerando las necesidades específicas de la población objeto de formación

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

CAMILO FERNANDO GARCIA BARON
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,

MIGUEL ANGEL MONTENEGRO CASTILLO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

19/02/25 19:37:53 USUARIO: SIC - C.C. 1016012702

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016012702	CAMILO FERNANDO GARCIA BARON	cra 57 a # 5b 28	2063525	Kmilo1144@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	20/01/2025	83456957	$381.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	17	1.800	0	164.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	17	2.300	0	210.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	17	100	6.900			68	6.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	17	0	0	0
ICBF				
0	17	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	164.300
Pensión	1	208.000	210.300
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	381.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016012702	CAMILO FERNANDO GARCIA BARON		cra 57 a # 5b 28	2063525	Kmilo1144@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	20/01/2025	83456957	$381.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016012702	GARCIA BARON CAMILO FERNANDO	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CAMILO FERNANDO GARCIA BARON identificado(a) con CC 1016012702 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	25/04/2016
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 22 días del mes enero del 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.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CAMILO FERNANDO GARCIA BARON con identificación No. 1.016.012.702 se encuentra afiliado(a) al Pension Obligatoria desde el día 20 de septiembre del 2006

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de febrero del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141109558684

(415)7707212489984(8020) 000014110955868 4

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

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
GARCIA	BARON	CAMILO	FERNANDO

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 4 B BIS 51 30

42. Correo electrónico: kmilo1144@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 5 7 8 4 6 8 0 0	3 1 3 3 1 7 3 0 3 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 1 9 0 4 0 9	8 5 4 2	2 0 1 9 0 4 0 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **CAMILO FERNANDO GARCIA BARON** identificado con **CC** No. **1016012702**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **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): 202501012708328.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO FERNANDO GARCIA BARON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1016012702 realizó el día 19/02/2025 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CAMILO FERNANDO GARCIA BARON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1016012702 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

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO FERNANDO GARCIA BARON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1016012702 el día 19/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CAMILO FERNANDO GARCIA BARON Identificado con CC 1016012702

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina TRINIDAD GALAN, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24120130368
Fecha de apertura:	26 de Enero de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 19 de Febrero de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 de febrero de 2015

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1016738948**	**Gabriel Esteban Garcia Triana**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: Camilo Fernando Garcia Baron
C.C. 1016012702

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55859603

55859603

NUIP 1016738948

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 17 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1017

País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA/NOTARIA 17

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	TRIANA

Nombre(s)

GABRIEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes OCT Día 22	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52742291-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: TRIANA YANGUEN KAREN ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C C N 1 020 929 662 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA BARON CAMILO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C C N 1 016 012 702 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA BARON CAMILO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C C N 1 016 012 702 DE BOGOTA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes NOV Día 04	EDUARDO GONZALEZ MONTOYA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

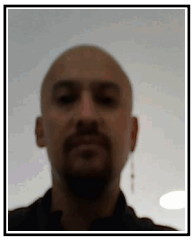
- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

Medical Protection
Salud Ocupacional

NIT. 900170405-2

Calle 71 #13-63 Carrera 12 #71-19 y Carrera 60 #5c-21
Cel. 3114416569 - Tel. 7953260 - E-mail. medicalprotection.citasmedicas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.863

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	07 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE RECOMENDACIONES LABORALES**

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA BARON CAMILO FERNANDO	MASCULINO	33 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	1016012702 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN PATOLOGIA QUE INTERFIERA EN SU CAPACIDAD LABORAL PARA SU LABOR/CARGO ACTUAL.

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
CUADRO HEMATICO	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA BASAL	✓	EXAMEN PSICOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL MÉDICO ANUAL		DIETA BALANCEADA
ESPECIALISTA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Z021, R635,
OPTOMETRÍA: NORMAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: NORMAL
EXAMEN PSICOMETRICO: CUMPLE
CUADRO HEMATICO: NORMAL
GLICEMIA BASAL: NORMAL
PERFIL LIPÍDICO: NORMAL

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

Médico

Firma: 

Nombre: URRUCHURTU DEL TORO JULIO CESAR

R. M.: 5-155001 **L.S.O.:** 3949

Código de Seguridad
D1020J1P6863

Aspirante o Trabajador

Firma:

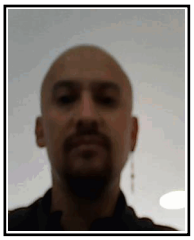
Nombre: GARCIA BARON CAMILO FERNANDO

CC: 1016012702

Medical Protection
Salud Ocupacional

NIT. 900170405-2

Calle 71 #13-63 Carrera 12 #71-19 y Carrera 60 #5c-21
Cel. 3114416569 - Tel. 7953260 - E-mail. medicalprotection.citasmedicas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.863

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	07 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE RECOMENDACIONES LABORALES**

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA BARON CAMILO FERNANDO	MASCULINO	33 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	1016012702 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN PATOLOGIA QUE INTERFIERA EN SU CAPACIDAD LABORAL PARA SU LABOR/CARGO ACTUAL.

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
CUADRO HEMATICO	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA BASAL	✓	EXAMEN PSICOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL MÉDICO ANUAL		DIETA BALANCEADA
ESPECIALISTA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Z021, R635,
OPTOMETRÍA: NORMAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: NORMAL
EXAMEN PSICOMETRICO: CUMPLE
CUADRO HEMATICO: NORMAL
GLICEMIA BASAL: NORMAL
PERFIL LIPÍDICO: NORMAL

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

Médico

Firma: 

Nombre: URRUCHURTU DEL TORO JULIO CESAR

R. M.: 5-155001 **L.S.O.:** 3949

Código de Seguridad
Z1020F1L6863

Aspirante o Trabajador

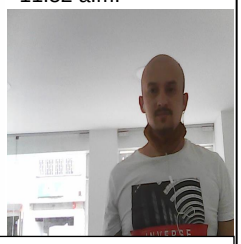
Firma:

Nombre: GARCIA BARON CAMILO FERNANDO

CC: 1016012702

11:52 a.m.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o Paraclinico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. Conforme quedo registrado en la historia clinica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o Paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. He sido informado de las medidas que tomara Medical Protection para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia del concepto medico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi ante este(os) examen(es) son completas y verídicas. Autorizo a Medical Protection Ltda. Para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en el documento, para que le buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.

INFORMACION DE LA EMPRESA **Nro. 3814**

Nombre de la Empresa	Dirección	Teléfono
PARTICULAR		

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Edad
CAMILO FERNANDO GARCIA BARON	1016012702	32
DOCENTE		

SE REALIZO EXAMEN DE: INGRESO,

Fecha de Realizacion: 26/01/2021
Hora Ingreso:11:53 Salida:12:17

EXAMENES PRACTICADOS: OPTOMETRIA, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, OSTEO MUSCULAR,

CONCEPTO OCUPACIONAL: LABORALMENTE APTO,

DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Z021 R635 Z010

ANEXO OSTEO MUSCULAR:

1 - NO SE EVIDENCIAN LIMITACIONES DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO, NI DOLOR QUE SEAN SIGNIFICATIVOS O DE IMPORTANCIA OCUPACIONAL A LA FECHA.

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS:

IMC = 27,73 SOBREPESO PGC = 24,44
OPTOMETRIA NORMAL

CONCLUSION OCUPACIONAL

DE ACUERDO AL EXAMEN MÉDICO REALIZADO AL SR. CAMILO FERNANDO GARCIA BARON, SE CONSIDERA: (C)

1 - SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA DE ORIGEN LABORAL A LA FECHA, Y/O DE ENFERMEDAD COMUN QUE SE PUEDA AGRAVAR CON EJERCICIO DE LA LABOR A DESEMPEÑAR.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

1 - PRACTICAR Y CONSERVAR AUTOCUIDADOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

2 - REALIZAR EJERCICIO REGULAR Y CONTROLADO, 3 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA/DIA, ACORDE CON SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD.

3 - EVITAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE AZUCAR, HARINAS O GRASAS.

4 - CONTROL MÉDICO INTEGRAL EN PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SU EPS.

5 - SOLICITAR EN SU EPS VALORACIÓN INTEGRAL Y CONDUCTA NUTRICIONAL CON EL FIN DE BAJAR PESO.

6 - CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19 DEL MINISTERIO DE SALUD.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

LEGALES:

1 - CONOCER Y CUMPLIR PROGRAMAS SISOMA DE LA EMPRESA.

ERGONÓMICAS

1 - PAUSAS ACTIVAS PERIÓDICAS EN SU PUESTO DE TRABAJO SEGÚN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

OBSERVACIONES FINALES

1 - SE RECOMIENDA REALIZAR EXAMEN OCUPACIONAL ANUAL

REMISIÓN: NO REQUIERE

Este documento continua en la siguiente pagina

MIGUEL SEQUERA D.
MD. RM 79346275
Especialista G.S.S.T.
Res. 9043 S.D.S.

MSD	CAMILO FERNANDO GARCIA BARON DOC.IDENTIDAD NO. 1016012702	INDICE DERECHO	CODIGO SEG

SALUD OCUPACIONAL

EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

Exámen No: 2513

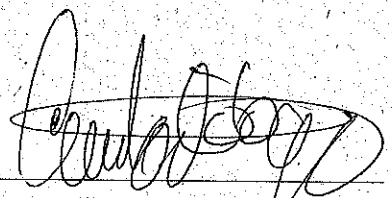
Nit:
Dirección:
Telefono:

Motivo Examén:
Fecha de Exámen: 26/07/2022
Fecha de Impresión: 26/07/2022 4:17:19 a.m.
Identificación: 1016012702
Nombre: CAMILO FERNANDO GARCIA BARON

EVALUACIÓN MOTRIZ

Prueba	Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado
Atención Concentrada	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.69 Seg	0,561500 Seg
Atención Concentrada	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.69 Seg	0,561500 Seg
Atención Concentrada	Nro. Errores	<= 5 Err	0 Err
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.14 Seg	0,884100 Seg
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.14 Seg	0,884100 Seg
Reacciones Multiples	Nro. Errores	<= 7 Err	0 Err
Coordinación Bimanual	Tiempo Total de Error (T.T.E)	<= 4.83 Seg	0,384000 Seg
Coordinación Bimanual	Nro. Errores	<= 15 Err	3 Err
Reacción al Frenado	Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.75 Seg	0,474500 Seg
Velocidad de Anticipacion	Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.83 Seg	0,541000 Seg

Observaciones:
PACIENTE CUMPLE CON LOS REQUIRIMIENTOS NECESARIOS PARA EL CARGO, SIN NOVEDAD



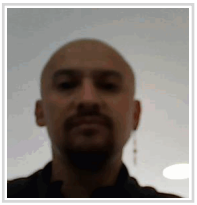
FIRMA DEL PROFESIONAL. RM:
Psicologo

FIRMA DEL EVALUADO

Medical Protection
Salud Ocupacional

NIT. 900170405-2
Calle 71 #13-63 Carrera 12 #71-19 y Carrera 60 #5c-21
Cel. 3114416569 - Tel. 7953260 - E-mail. medicalprotection.citasmedicas@gmail.com

Código de Seguridad
C1020I32O12783



DATOS PERSONALES

Laboratorio N°: 12,783

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Fecha y Hora:** jueves, 28 de julio de 2022 07:06:57 a.m.

Nombres y Apellidos: GARCIA BARON CAMILO FERNANDO **CC:** 1016012702 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 21/09/1988 **Edad:** 33 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

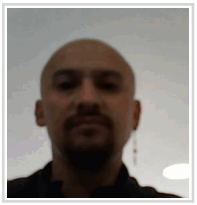
CUADRO HEMATICO

	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA HOMBRES	MUJERES	UNIDADES
WBC	6.2	4,5–11 x 10^3		células/mcL
Linfocitos #		0,77-4,5 x 10^3		células/mcL
Mixtas #		0,15-0,9 x 10^3		células/mcL
Granulocitos #		2,6-8,5 x 10^3		células/mcL
Linfocitos %	40.0	20-45		%
Mixtas %	9.1	0-12		%
Granulocitos %	50.9	40-75		%
RBC	5.50	4,2 a 5,9 x 106		células/mcL
HB	16.7	14 - 17	12 -- 16	g/dL
HTO	49.6	41 - 51	36 - 47	%
VCM		80 - 100		fL
HCM		28-32		pg
CHCM		32-36		g/dL
RDW-CV		11,5-14,5		%
RDW-SD		39,9-46,3		fL
PLAQUETAS	289	150-350 x 10^3		/mcL
VPM		5,6-8,6		fL
PDW		0-18		
PCT		0,1-0,4		%
VSG		0-15	0-20	mm/h
RECUENTO DE RETICULOCITOS		0,5-1,5		%
		23-90 x 10^3		mcL

Jose Ignacio Sanchez Fonseca
Bacteriólogo(a) RP: PRO 4536 IDESAC

NIT. 900170405-2
Calle 71 #13-63 Carrera 12 #71-19 y Carrera 60 #5c-21
Cel. 3114416569 - Tel. 7953260 - E-mail. medicalprotection.citasmedicas@gmail.com

Código de Seguridad
O1020U32A12784



DATOS PERSONALES

Laboratorio N°: 12,784

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Fecha y Hora:** jueves, 28 de julio de 2022 07:06:57 a.m.

Nombres y Apellidos: GARCIA BARON CAMILO FERNANDO **CC:** 1016012702 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 21/09/1988 **Edad:** 33 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

PERFIL LIPIDICO

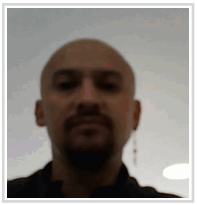
	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA HOMBRES	VALORES DE REFERENCIA MUJERES	UNIDADES
COLESTEROL TOTAL	175	Menor a 200		mg/dL
TRIGLICERIDOS	102	40-160	35-135	mg/dL
HDL COLESTEROL	55.6	Mayor a 40		mg/dL
LDL COLESTEROL	99.0	Menor a 130		mg/dL
VLDL COLESTEROL	20.4	0-35		

Observaciones:

Jose Ignacio Sanchez Fonseca
Bacteriólogo(a) RP: PRO 4536 IDESAC

NIT. 900170405-2
Calle 71 #13-63 Carrera 12 #71-19 y Carrera 60 #5c-21
Cel. 3114416569 - Tel. 7953260 - E-mail. medicalprotection.citasmedicas@gmail.com

Código de Seguridad
B1020H32N12785



DATOS PERSONALES

Laboratorio N°: 12,785

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Fecha y Hora:** jueves, 28 de julio de 2022 07:06:57 a.m.

Nombres y Apellidos: GARCIA BARON CAMILO FERNANDO **CC:** 1016012702 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 21/09/1988 **Edad:** 33 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

GLICEMIA BASAL

	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA HOMBRES	MUJERES	UNIDADES
GLICEMIA	106	70-110		mg/dL

Observaciones:

Jose Ignacio Sanchez Fonseca
Bacteriólogo(a) RP: PRO 4536 IDESAC