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	**20 de Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**28794-883993**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	37.006.520	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	szcisneros@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	033024290
IP/Nº de contacto:	3163248008	**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 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:	7432338/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**29525**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	IPrestar 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	**17/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 46.761.694
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.761.694
Valor Bruto Pago:	**$ 2.453.072,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.622

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.453.072	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	**$ 2.453.072**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.529.772**	**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		----------	**82496837**
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		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 510.000	
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	1.529.772,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.047.272,00	
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	19.777,00	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	**$2.433.295,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO 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, alin
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proceso
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efici
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos
Registrar las novedades en el sistema Sofí a Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas o
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habil

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

SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO
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,

HAROLD IVAN MERA MARTINEZ
INSTRUCTOR G11

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)

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	37006520	SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO	AVENIDA CARACAS No. 1-05 BLOQUE 1 APARTAMENTO 507	4737566	silvanacis123@gmail.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	15/01/2025	82496837	$379.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	7	800	0	163.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	7	1.000	0	209.000	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	7	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.300
Pensión	1	208.000	209.000
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	379.200

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	37006520	SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO	AVENIDA CARACAS No. 1-05 BLOQUE 1 APARTAMENTO 507	4737566	silvanacis123@gmail.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	15/01/2025	82496837	$379.200	

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	37006520	CISNEROS ZAMBRANO SILVANA ZOE	57	0			N							X										230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	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

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO identificado(a) con Cedula Ciudadania 37006520, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230120	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
SENA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27921084

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.006.520**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141157630858

(415)7707212489984(8020) 000014115763085 8

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CISNEROS	ZAMBRANO	SILVANA	ZOE

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: AV CARACAS 1 05 BL 1 AP 507

42. Correo electrónico: silvanacis123@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 3 2 4 8 0 0 8	3 2 0 2 9 3 9 5 2 8

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código																										

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 CISNEROS ZAMBRANO SILVANA ZOE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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, **SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO** identificado con **CC** No. **37006520**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2025 **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): 202501012686151.

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

Hace constar:

Que el Sr(a) SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37006520 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 SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37006520 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) SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37006520 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

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 37.006.520 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 033024290, abierta/o desde el 23/7/2013.

Se expide en Bogotá el día 19 del mes de Febrero del año 2025 con destino a: SENA



_____

Firma Autorizada

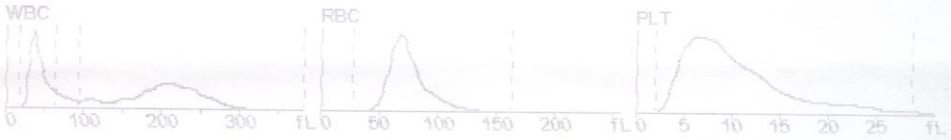
ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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

ID: 37006320 Modo: Completa Hora: 27-01-2023 10:19
Nombre: SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO Sexo: Mujer Edad: 52 años
N.º hª clín.: N.º cama: Dept.: LABORATORIO

Parámetro		Result.	Rango ref.
WBC		4.8 x 10^9/L	4.0 - 10.0
Lymph#		1.6 x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#		0.3 x 10^9/L	0.1 - 1.5
Gran#		2.9 x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%		33.8 %	20.0 - 40.0
Mid%		6.9 %	3.0 - 15.0
Gran%		59.3 %	50.0 - 70.0
HGB		12.8 g/dL	11.0 - 15.0
RBC	H	5.05 x 10^12/L	3.50 - 5.00
HCT		42.3 %	37.0 - 47.0
MCV		83.9 fL	80.0 - 100.0
MCH	L	25.3 pg	27.0 - 34.0
MCHC	L	30.2 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		14.7 %	11.0 - 16.0
RDW-SD		45.2 fL	35.0 - 56.0
PLT		284 x 10^9/L	100 - 300
MPV		8.2 fL	6.5 - 12.0
PDW		15.9	9.0 - 17.0
PCT		0.232 %	0.108 - 0.282



Rmte.: Analiz.: FRANCY CHAVARRIO Compr.:

Francy M. Chavarrio C.
Bacterióloga USMC
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 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 27-ene.-2023 **HORA** 12:37:54
EMPRESA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Silvana Zoe Cisneros Zambrano
Edad 52 años 7 meses 7 dias
Documento de Identificación: CC Número: 37006520
Cargo INSTRUCTORA

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

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 .

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 laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 08 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS
MEDICO: Normal / MUSCULOESQUELETICO: Normal / CARDIOVASCULAR: Normal / PSICOSOCIAL: Normal. / EMISION 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:	Silvana Zoe Cisneros Zambrano
RM.	SST3508-19-07-22 Lic.SO:	CC N°	37006520

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: Silvana Zoe Cisneros Zambrano.

CC No. 37006520.

	CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL	EDWIN ALIRIO CERÓN HERNÁNDEZ Médico Cirujano UNAL - Esp. Medicina Familiar - Esp. Auditoría en Salud Esp. Salud Ocupacional HSQE - Calificador PCLO.		Cód. SO-002
		Licencia S.O. 1347 de 2021	Registro Médico 5201296	Versión 1.0

Fecha: 14/01/2023 2:16 p. m. **Ciudad:** Ipiales **Empresa:** SENA
Exámen Médico Ocupacional: DE INGRESO

EC

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos: SILVANA ZOE CISNEROS ZAMBRANO **C.C.:** 37006520 **Tel:** 3163248008
F.Nacim: 20/06/1970 **Edad:** 52 Años **Sexo:** Femenino **Estado Civil:** Casad@ **Escolaridad:** Universitario
EPS: Compensar **AFP:** Porvenir **ARL:** Positiva **E-mail:** silvanacis123@gmail.com
Cargo Actual ó al que Aspira: INSTRUCTOR **Profesión:** CONTADORA PUBLICA
Área de Trabajo: EDUCATIVA

2. PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

Pruebas realizadas:	NINGUNA
Énfasis:	N.A.

3. CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL/LABORAL:

DE INGRESO	APT@ PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA 0
Restriciones:	NINGUNA

4. RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES MEDICAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
1 CONSUMIR DIETA BALANCEADA Y SALUDABLE	1 INFORMAR ACCIDENTES DE TRABAJO AL EMPLEADOR
2 REALIZAR ACTIVIDAD FISICA/DEPORTE	2 MANTENER BUENAS POSTURAS EN EL TRABAJO
3 USO FRECUENTE DE PROTECTOR SOLAR	3 REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/PASIVAS EN EL TRABAJO
4 USO DE GAFAS PERMANENTES	4 ACATAR NORMAS DEL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
5 VALORACION POR OPTOMETRIA	5 INCLUIR EN PVE IMPLENTADOS POR LA EMPRESA
6 ASISTIR A CONTROLES PERIODICOS POR MEDICO EPS	6 REALIZAR CUIDADOS DE LA VOZ
7 0	7 0
8 0	8 0

Contingencia COVID-19:	CONSULTAR CON MEDICO SI PRESENTA: TOS, FIEBRE, DOLOR DE GARGANTA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE CABEZA, VOMITO, DIARREA. INFORMAR SI ENTRA EN CONTACTO ESTRECHO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA PARA COVID-19. REALIZAR LAVADO DE MANOS FRECUENTE, USO DE ALCOHOL GLICERINADO, USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL 1-2 MTS. ACTAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD COVID-19 IMPLEMENTADAS POR LA EMPRESA.
Se recomienda realizar (X):	Visiometría **0** Audiometría **0** Espirometría **0** Cuadro Hemático **0** Perfil Lipídico **0** Glicemia **0** Electrocardiograma **0** Parcial de Orina **0** Otros **0** 0
NOTAS:	AL MOMENTO DE LA EVALUACION SIN NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID19. TIENE 3RA DOSIS DE VACUNA COVID-19.

Declaro que: Autoricé voluntariamente la realización en mí del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrados en éste documento; conozco el propósito y finalidad del certificado ocupacional; no he omitido información acerca de mi estado de salud y que la información suministrada es veraz y puede ser verificada. Autorizo al profesional médico informar al empleador resultados de paraclinicos y/o condiciones de salud que pongan en riesgo mi vida o la de otras personas, enfermedades de interés en salud pública o cuando el resultado de las pruebas realizadas afecte mi desempeño en el trabajo, o seá necesario para definir recomendaciones o restricciones. En caso de omitir información el certificado ocupacional pierde toda su validez y se exonera el Médico Ocupacional de cualquier responsabilidad médico legal.

MÉDICO: Nombre: Firma: Licencia Salud Ocupacional:	**Dr. EDWIN A. CERÓN HERNÁNDEZ** Esp. Medicina Familiar y Laboral R.M. 5201296 - Lic. S.O. 1347 U. Nacional - P.U. Javeriana
TRABAJADOR: Firma: CC:	

Email: edwinceron@yahoo.com – Celular Whatsapp 3136958296 –

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

Nº Identificación: CC 37006520
Paciente Silvana Zoe Cisneros Zambrano **Edad** 52 años 7 meses 7 dias
Direccion AV CARACAS No.1-05 b 1 APTO 507 **Telefono** 3163248008
Entidad SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Fecha** viernes, 27 de enero de 2023

LABORATORIO

QUIMICA SANGUINEA

Examen	Resultado	Técnica	Unidad	Vr.Normal
GLICEMIA	102	Enzimático	mg/dL	70-110
COLESTEROL TOTAL	221*	Enzimático	mg/dL	< 200
COLESTEROL HDL	60	Enzimático	mg/dL	H >55 M > 65
COLESTEROL LDL	117	Semiautomatizado	mg/dL	< 130
TRIGLICÉRIDOS	218*	Enzimático	mg/dL	< 150

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

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

MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
RM.. 52125928

Clinizad
Laboratorio de Especialidades

/ClinizadLaboratoriodeEspecialidades
@clinizadlab
Pasto: Clinizad Versalles
Cra. 32b # 19 – 02, Barrio Versalles
7 24 43 87
Opción cero (0)
clienteclinizad@gmail.com
www.clinizad.com

NOMBRE:	**SILVANA ZOE , CISNEROS ZAMBRANO**	N. DE ORDEN:	**01110277**
DOCUMENTO:	**37006520**	EDAD-GENERO:	52 A/Femenino
EMPRESA:	LABORATORIO DE ESPECIALIDADES CLINIZAD SAS	FECHA ATENCION:	11/01/2023 7:34:48 a.m.
SEDE:	Futuro	FECHA IMPRESION:	11/01/2023 12:05:27 p.m.
MUNICIPIO:	IPIALES	SERVICIO:	

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA		
RECUENTO DE BLANCOS	4.2 x 10 ^3x mm^3	4,5 - 10 x 10 ^3x mm^3
NEUTROFILOS(#)	2.47 x 10 ^3 x mm^3	2 - 6,8 x 10 ^3 x mm^3
LINFOCITOS(#)	1.55 x 10 ^3 x mm^3	1,5 - 3,35 x 10 ^3 x mm^3
MONOCITOS(#)	0.18 x 10 ^3 x mm^3	0,2 - 0,7 x 10 ^3 x mm^3
NEUTROFILOS%	58.8 %	40 - 75 %
LINFOCITOS%	37 %	20 - 45 %
MONOCITOS%	4.2 %	0 - 11 %
RECUENTO DE ROJOS	4.08 x 10^6 x mm^3	3,8 - 5,8 x 10^6 x mm^3
HEMOGLOBINA	12.5 g/dl	12,5 - 17 g/dl
HEMATOCRITO	37.5 %	36 - 46 %
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	83 fL	70 - 96 fL
MCH	30.6 pg	23 - 33,5 pg
MCHC	36.9 g/dl	30 - 38 g/dl
RDW	13.8 %	12 - 16 %
PLAQUETAS	302 x 10^3 x mm^3	150 - 450 x 10^3 x mm^3
MPV	6.5 fL	6 - 15 fL

Genifer Torres. A

TORRES ACOSTA GENIFER ALEJANDR
bacteriologa ipiales

Clinizad
Laboratorio de Especialidades

"LA INTERPRETACION DE ESTE EXÁMEN DE LABORATORIO CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MÉDICO"