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	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**04564-890748**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	39.676.905	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	abg.yeimyhomez@gmail.com	**Número de Cuenta:**	52539676504
IP/Nº de contacto:		**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:	7432903/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**26125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

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	**01/03/2025 Al 31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.837.359
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 20.237.848

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.641.361**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**84957092**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.423.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 178.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 227.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 7.500
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		$ 84.099	
Dependientes hasta		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 880.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 497.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.641.361,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la formación presencial de aprendices en el área específica del programa de formación asignadas por la Coordinación de Talen
Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y productivos en las respectivas etapas de formación, de
Atender de manera oportuna los requerimientos de los aprendices y docentes y directivas, a través de los canales de comunicación dis
Atender las directrices de la Subdirección y Coordinación de talento humano para realizar las actividades de formación de manera pre
Se participa de las reuniones programadas por la Coordinación de Talento Humano.

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

YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON
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,

ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

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)

17/03/25 08:23:20 USUARIO: SIC - C.C. 39676905

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	39676905	YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON	Cll 87 # 103 d - 31	3105891010	yeimy.homez@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	14/03/2025	84957092	$537.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	230.000	0		0		0	10	1.500	0	231.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	10	1.900	0	296.300	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	9.700				9.700	10	100	9.800			97	9.800	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	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	230.000	231.500
Pensión	1	294.400	296.300
Riesgos Laborales	1	9.700	9.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.100	537.600

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
CC	39676905	YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON		Cll 87 # 103 d - 31	3105891010	yeimy.homez@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-02	2025-02	I	14/03/2025	84957092	$537.600	

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	Exonerado	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	39676905	HOMEZ GARZON YEIMY EMILCE	59	0			N																	25-14	1.839.960	294.400	0	0	0	0	EPS005	1.839.960	230.000	14-23	1.839.960	1	9.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 22 de febrero de 2025

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:

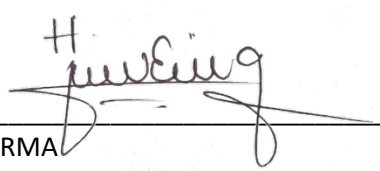
NUIP - NIP	**1.011.261.597**	**MARIA PAZ ESPITIA HOMEZ**	**HIJO**

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: YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON

C.C. 39.676.905 DE SOACHA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1011261597

Indicativo Serial 60833323

60833323

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					A 1 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 50 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESPITIA	HOMEZ

Nombre(s)

MARIA PAZ

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes NOV Día 29	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	168256758

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

HOMEZ GARZON YEIMY EMILCE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 39676905	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ESPITIA MEDINA HAROLD

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80100978	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESPITIA MEDINA HAROLD

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80100978	Harold Espitia Medina

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 2021 Mes DIC Día 01	JORGE URIBE ROLDAN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Harold Espitia Medina Firma	JORGE URIBE ROLDAN Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:ANOTADO EN ELLIBRO DE VARIOS 201 FOLIO 15;01/12/2021

THOMAS GREG & SONS

NOTARIA 50 DE BOGOTA, D.C.
-ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO-

NOTARIA 50 BOGOTA D.C.
JULIA S. GARCIA MONTES
SECRETARIO DELEGADO

REGISTRO CIVIL
El presente Registro es copia(fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro C. de Nacimiento Válido para acreditar parentesco
Se expide a solicitud de Harold Espitia Medina
Bogotá D.C. 11 DIC. 2021

impulsado por CamScanner

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON**

Fecha de solicitud: 2025-03-09

Identificación: C.C 39676905

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de expedición: 2025-03-15

CERTIFICADOS PRODUCTOS DE CRÉDITO - TARJETAS DE CRÉDITO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	SALDO A 31.DIC..2024	PAGOS DEL PERIODO	VALOR INTERESES PAGADOS	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*	CONSUMOS Y AVANCES DEL AÑO
Tarjeta Crédito	5385	$11,788,023.87	$1,005,200.00	$0.00	$0.00	$12,283,000.00
TOTALES	**1**	**$11,788,023.87**	**$1,005,200.00**	**$0.00**	**$0.00**	**$12,283,000.00**

*De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 del Estatuto Tributario (modificado por el artículo 86 de la Ley 2010 de 2019), solo el 50% de GMF es deducible

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2023	SALDO AL 31.DIC.2024	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2024	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700456800036200	24/07/2012	$18,900,000.00	$8,643,158.76	$7,047,356.15	$2,823,000.00	$846,988.98	$846,988.98	$0.00
TOTALES	**1**		**$18,900,000.00**	**$8,643,158.76**	**$7,047,356.15**	**$2,823,000.00**	**$846,988.98**	**$846,988.98**	**$0.00**

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Articulo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa
Esta certificación incluye todos los productos vigentes y cancelados poseídos durante el año certificado.
Recuerde: El Decreto 2229 del 22 de diciembre del 2023 establece quienes son declarantes de renta para el año 2023.
En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios
Estimado cliente. Si ademas usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la direccion **infoprov@davivienda.com**
La tarifa de retencion en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas debito y/o credito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON**

Identificación: C.C 39676905

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de solicitud: 2025-03-09

Fecha de expedición: 2025-03-15

Direccion del Banco para notificaciones: Cl 28 13 A 15 MN
Estimado cliente del Régimen simple. Si usted reportó al Banco su condición tributaria durante el año.
El Banco Davivienda S.A. se permite certificar la totalidad de las Operaciones de consignación realizadas por mecanismos electrónicos.
Cumpliendo con lo establecido en el artículo 1.5.8.3.5 del Decreto 1091 del 03 de agosto del 2020.
Recuerde, para la procedencia del descuento en la determinación del impuesto SIMPLE, los valores tomados deben corresponder a pagos por concepto de venta de bienes y/o servicios.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DRA. DIANA PATRICIA RODRIGUEZ JAIME

ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
RM 52707728- RESOLUCION 8791
Direccion: Cra 6 N. 14 – 80- CEL : 3187073110

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo de certificacion: Ingreso **X** Periodico Retiro Post incapacidad Manipulacion de alimentos
Control Reubicacion Ingreso al SVE Trabajo en alturas

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: **NOVIEMBRE 19 DE 2024**
Nombre: **YEIMY EMILSE HOMEZ GARZON**
Documento: **CC 39676905 DE SOACHA**
Empresa: **MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA**
Cargo: **CONTRATISTA**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
2. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS CARDIOVACULAR
3. OPTOMETRIA | 4. AUDIOMETRIA | 5. PERFIL LIPIDICO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO	
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	**X**	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	
CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO		Requiere restricción de actividades	
OBSERVACIONES :		Requiere reubicacion laboral temporal	
SE RECOMIENDA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS- , DIETA RICA EN FIBRA, BAJA EN GRASAS Y AZUCAR, REALIZAR EJERCICIO DE MANERA REGULAR. SE INDICA USO DE TAPABOCAS Y DEMAS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A NECESIDAD.		Requiere reubicacion laboral permanente	
		Apto para trabajar en alturas	
		Apto para trabajar en espacios confinados	
		EXAMEN DE RETIRO	
		Sospecha de enfermedad Profesional	
		Secuelas de Accidente de Trabajo	
		Enfermedad comun	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMOLOGICA

Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Osteomuscular Otros

REMISION:	**ARL**	**SI**		**EPS**	**SI**	
		NO	**X**		**NO**	**X**

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS O CONDICION EN EL MOMENTO QUE SUGIERAN LIMITACION FISICA O DE APTITUD PARA EJERCER EL CARGO.



DRA. DIANA PATRICIA RODRIGUEZ JAIME
Especialista en Seguridad Y Salud en el Trabajo
Resolucion: 8791

Firma del Trabajador: YEIMY EMILSE HOMEZ GARZON
CC 39676905 DE SOACHA
DECLARO QUE LA INFORMACION CONTENIDA ES VERIDICA

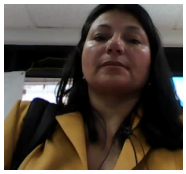
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos de este 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6017424612 - 6017428691
EMAIL: citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-07-12

CC: 39676905
Nombres y apellidos: YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON
Fecha de nacimiento: 10/12/1978
Edad: 44 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 12/07/2023
Fecha salida: 01/01/0001



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	91	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Deyci Fernanda Guevara F.
T.P. 1 099.343 019
Bacterióloga y Laboratorista Clínico
U.C.M.C.

Fernanda Guevara
RM: 1099343019
Firma y sello del médico

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

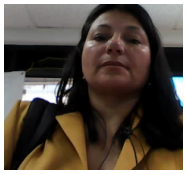
Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6017424612 - 6017428691
EMAIL: citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-07-12

Nombres y apellidos: YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON
Fecha de nacimiento: 10/12/1978
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 39676905
Edad: 44 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-07-12 / 09:55:32
Fecha salida: 2023-07-12 / 11:15:29



EXÁMENES REALIZADOS

- AUDIOMETRIA TAMIZ
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- TOXOIDE TETANICO
- EXAMEN OPTOMETRICO
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- PERFIL LIPIDICO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y EJERCICIO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL OPTOMETRIA POR EPS

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la resolución 1995 de 1999, resolución 2346 de 2007, resolución 1918 de 2009 las demás normas complementarias. Atendiendo los parámetros definidos en el manual de operaciones. Empresas de transporte: SITP de Transmilenio y la resolución 217 de 2014 del ministerio de transporte. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Andrés Camilo Rivera Paez
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. 4925/09052017
R.M. 1024491478

ANDRES CAMILO RIVERA PAEZ MEDICO
RM: 1024491478
Firma y sello del médico

YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON
CC: 39676905
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

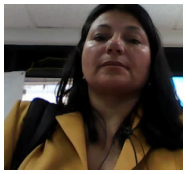
Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6017424612 - 6017428691
EMAIL: citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-07-12

CC: 39676905
Nombres y apellidos: YEIMY EMILCE HOMEZ GARZON
Fecha de nacimiento: 10/12/1978
Edad: 44 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 12/07/2023
Fecha salida: 01/01/0001



PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO.CT	206	MG/DL	DESEABLE: < 200 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 200-239 MG/DL, ALTO: IGUAL O > 240 MG/DL

TRIGLICERIDOS

RESULTADO.TG	98	MG/DL	NORMAL:<150MG/, INTERMEDIO:150 - 199MG/DL, ALTO:200 - 499MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >500MG/DL

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

RESULTADO.HDL	52	MG/DL	NORMAL:>40 MG/DL

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

RESULTADO.LDL	134.40

ADJUNTAR RESULTADO

ADJUNTA FORMATO

Deyci Fernanda Guevara F.
T.P. 1 099 343 019
Bacterióloga y Laboratorista Clínico
U.C.M.C.

Fernanda Guevara
RM: 1099343019
Firma y sello del médico

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio



Centro de Diagnóstico y Tratamiento
Cendiatra S.A.S.

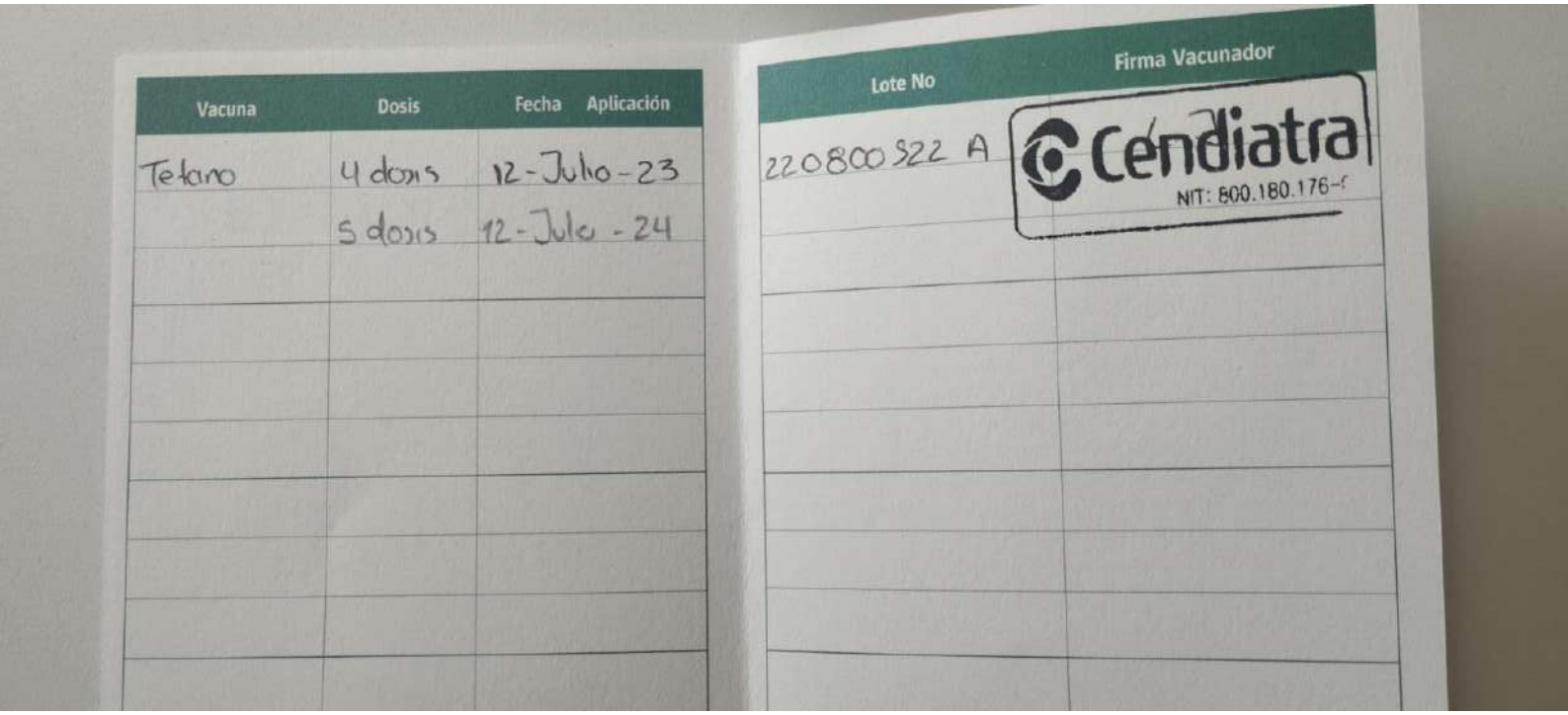
SEDES EN BOGOTÁ
PRINCIPAL: Av. Calle 19 #3-50, Piso 12, Tel: (601) 744 3001 - 286 53 82
OTRAS SEDES EN BOGOTÁ:
AUTOPISTA NORTE 106 • AUTOPISTA NORTE 83 • AUTOPISTA NORTE 86 • AUTOPISTA SUR • Cra. 5ª • OCCIDENTE Cra. 68 • ZONA FRANCA FONTIBÓN
SEDES NACIONALES
BARRANQUILLA • BUCARAMANGA • BUENAVENTURA • CAJICÁ • CALI • CARTAGENA DE INDIAS • IBAGUÉ • MEDELLÍN • MONTERÍA • PEREIRA • SANTA MARTA • VILLAVICENCIO
www.cendiatra.com

www.cendiatra.com

Cendiatra

Carnet de vacunación internacional

Nombre: Yelmy Emilce Homez Garzon
Fecha de nacimiento: 10 - diciembre - 1978
Doc. de identidad: 39676905



Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No	Firma Vacunador
Tetano	4 dosis	12-Julio-23	220800522 A	Cendiatra NIT: 800.180.176-[illegible]
	5 dosis	12-Julio-24		