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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**34459-459254**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUZ YASMINA MOSQUERA PALACIOS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	35.890.962	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lymosquera26@sena.com	**Número de Cuenta:**	35156714451
IP/Nº de contacto:		**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:	7567891/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**30525**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN INSTRUCTORES- PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE 31 INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA VÍCTIMA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL C

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**19/03/2025**	**Al**	**31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.492.798
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 42.492.798
Valor Bruto Pago:			**$ 2.311.324,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.181.474

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.311.324	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	**$ 2.311.324**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.249.892**	**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		----------	**4600656224**
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		$ 231.132	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 26.227.473	$ 417.000	
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	1.249.892,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.905.524,00	
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 - 8551 - QUIBDO	3.811,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	34.670,00	1,500%
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	**$2.272.843,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Crear experiencias de aprtendizaje personalizado

Promover el aprendizaje colaborativo y desarrollo de habilidades colectivas

Adoptar una nueva el aprendizaje invisible

Estrategias de investigacion de mercado para entenderlas necesidades y preferencias de los clientes

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

Luz Yasmina Hosquera Palacios

LUZ YASMINA MOSQUERA PALACIOS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

Elsa Inés Romaña R.

ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA
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

JHON DERLYNG CARDONA DELGADO

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35890962
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ YASMINA MOSQUERA PALACIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	B/BUENOS AIRES	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4600656224**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		38			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	992390102

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.600	$ 0	$ 227.800	$ 5.600	$ 233.400
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 5.600**	**$ 233.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 4.400	$ 0	$ 178.000	$ 4.400	$ 0	$ 182.400
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 4.400**	**$ 0**	**$ 182.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 200	$ 0	$ 7.700
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 7.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED TOTAL APORTE
1	CC 35890962	MOSQUERA PALACIOS LUZ YASMINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	35890962	$ 7.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 423.500

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14918043388

(415)7707212489984(8020) 000001491804338 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 5 8 9 0 9 6 2	5	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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 5 8 9 0 9 6 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOSQUERA	PALACIOS	LUZ	YASMINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: BRR BUENOS AIRES SEC LOS LUISES

42. Correo electrónico: luchita.29@hotmail.com

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

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 2 9 9	2 0 2 3 0 6 0 2	7 0 1 0	2 0 2 3 0 6 0 2			4 1 2 2	

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 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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 MOSQUERA PALACIOS LUZ YASMINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ YASMINA MOSQUERA PALACIOS identificado(a) con CC 35890962 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**30/06/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**FUNDACION HUMANA PARA LA SALUD DE COLOMBIA - IPS HUMSALUD-QUIBDO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes de febrero del año 2025.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

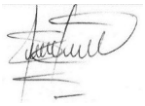
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ YASMINA MOSQUERA PALACIOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **35890962,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya Dirección de Afiliaciones

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 19 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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:

RC	**1038146951**	**MEILYNANDREAMOSQUERA PALACIOS**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



LUZ YASMINA MOSQUERA PALACIOS
C.C. 35890962

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 30924020-9

NUIP 1.038.146.951

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60885149

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código B 6 B

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

REGISTRADURIA DE CAUCASIA - COLOMBIA - ANTIOQUIA - CAUCASIA.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOSQUERA	PALACIOS.

Nombre(s)

MEILYN ANDREA.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes ABR Día 10	FEMENINO	A	POSITIVO.

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

COLOMBIA ANTIOQUIA CAUCASIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
DOCUMENTO AUTENTICO.	

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, marcar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MOSQUERA PALACIOS LUZ YASMINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 35.890.962.	COLOMBIA.

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, marcar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LEMUS ROMAÑA FLOR ESPERANZA.

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

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 22	JOANA LOZANO TOBON

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Joana Lozano Tobón
REGISTRADOR MUNICIPAL
CAUCASIA

REGISTRADURÍA

ES FIEL Y AUTENTICA FOTOCOPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE REGISTRO CIVIL DE ESTA REGISTRADURIA
ESTE FOLIO NO TIENE VENCIMIENTO SEGÚN DEC 2188
ACEPTO PARA MATRIMONIO
SE EXPIDE EN CAUCASIA 22 DIC 2021



Dra. Tatiana Posada Zambrano
Su Salud en Buenas Manos

CONSULTORIO MEDICO DOCTORA TATIANA SOFIA POSADA ZAMBRANO
MEDICA ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
DIPLOMADO EN CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
NIT. 39049753-1

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Certificado No.:	**499010**	**Fecha y hora:**	26/02/2025 10:11:17
Fecha y hora del Exámen:	25/2/2025 08:00:00 (-05)	**Lugar del Exámen:**	QUIBDÓ
Tipo certificado:	Ingreso	**Énfasis en:**	Ostemuscular
Nombre Completo:	LUZ YASMINA MOSQUERA PALACIOS	**Email:**	luchita.29@hotmail.com
Tipo Documento:	CC	**No. de Identificacion:**	35890962
Genero:	Femenino	**Fecha de Nacimiento:**	29/1/1980 (45 años de edad)
Empresa:	SENA CHOCÓ	**Cargo:**	INSTRUCTORA DE EMPRENDIMIENTO
Lateralidad:	Diestro		

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto Medico:	Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo normal	**¿Se recomienda Valoracion por la EPS?:**	SI
Limitaciones o Restricciones:	ninguno	**Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:**	SI
Recomendaciones médicas laborales:	Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la exposicion laboral, Pausas activas para manos y espalda, Utilizar una adecuada higiene postura y mecanica corporal para la realizacion de su trabajo, Dieta hipocalorica y ejercicio regular de acuerdo a su estado fisico	**Recomendaciones médica para el área del trabajo:**	Uso de señales y normas de bioseguridad
Valoracion por Especialista(s):	1. nutricionista 2. medicina interna	**Recomendacion a la Patologia preexistente:**	1. uso de gafas 2. continuar tratamiento antihipertensivo 3. uso de protección auditiva en lugares donde haya mucho ruido
Observaciones:	• glicemia: normal • perfil lipídico: normal • optometría: anormal • audiometría: anormal leve • exámen de la voz: normal		

EXÁMENES DE LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS PRÁCTICADOS:
Glicemia, Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL, Optometria, Audiometria

---

La presente certificación se expide con base en la historia clínica del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Escanee el código QR para verificar la validez de este documento. No. autorización: 12649

Tatiana S. Posada Zambrano
Medica Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
Licencia Salud Ocupacional: 27-1[illegible]
Fundación Universitaria del Área Andina

FIRMA MÉDICO OCUPACIONAL

Luz Yasmina Hoyos P.

FIRMA ASPIRANTE AL CARGO
CC 35890962

Consultorio Médico Doctora Tatiana Sofía Posada Zambrano, Medica Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional. Nit: 39049753-1.
Calle 30 # 3-19 entre las carerras 3ra y 4ta, Barrio Cristo Rey | Teléfono: (+57 4) 6707222 | Celular: (+57) 3152163916
Email: contactenos@doctoratatianaposada.com, info@doctoratatianaposada.com | Pagina web: http://www.doctoratatianaposada.com

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2025-000017

CERTIFICA

Que, **LUZ YASMINA MOSQUERA PALACIOS**identificado con C.C. No. **35890962**, cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3-2025-000017 Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaria General

CEDULA	NOMBRES COMPLETOS	TIPO DE CONTRATACION	EXAMENES PRE-EMPLEO	CUMPLE
35890962	**LUZ YASMINA MOSQUERA PALACIOS**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	SI	SI

La presente certificación se expide en la ciudad de Quibdó, el 23 de Abril de 2025, con vigencia hasta el 31/12/2028

FARITH CONSUELO MURILLO CASTAÑO
Médico SST