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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADO

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

Código Regional	11
Código Centro	920910
Fecha Elaboración	Mayo de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	89565-519138

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	39.779.942	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	lutriviro@misena.edu.co	Número de Cuenta:	63400000182
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	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:	7858274/2025	Nº Compromiso SIIF	153325	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES AUTÓNOMOS E INDEPENDIENTES PARA APOYAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA Y MODALIDAD ASIGNADA IMPLEMENTANDO HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS, CLAVES Y

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	09/05/2025	Al	31/05/2025	Saldo Anterior del Contrato:	$ 35.109.601
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	$ 35.109.601
Valor Bruto Pago:	$ 3.526.292,00			Nuevo Saldo del Contrato:	$ 31.583.309

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.526.292	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	$ 3.526.292	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.573.492	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	86019140
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 332.150	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 41.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 53.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 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	$ 796.784	$ -	
Salud hasta	$ 26.227.473	$ 858.000	
Renta Exenta 25%			
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	2.573.492,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.431.492,00	
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	33.148,00	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	$3.493.144,00	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Contratar la prestación de servicios profesionales autónomos e independientes para apoyar la formación profesional integral en el en el programa y modalidad asignada implementando herramientas pedagógicas en las competencias técnicas, claves y transversales aportando al cumplimiento del proceso educativo de los aprendices del CTCM por los términos del calendario académico de la vigencia 2025, impartiendo formación en las Fichas:

2902100,2902085, 2902101,2902102 en las competencias correspondientes a Project: Inducción, reglas del curso, trabajo teórico Programación de obra, Project, Elegir tema segun lo trabajado en Costos y Presupuestos, Ordenar secuencialmente las actividades, asignar un tiempo o duración en dias, asignar los recursos

Inicio de proceso de creación de un curso complementario de Dibujo Arquitectonico

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

GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ
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,

LEONARDO ENRIQUE ESGUERRA HOYOS
INSTRUCTOR G12

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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

19/05/25 22:19:36 USUARIO: SIC - C.C. 39779942

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denomi

CERTIFICA

Que Gladys Lucia Triviño Rodriguez, identificado(a) con CC número 39779942, está registrado(a) en el POS DE EPS SAN
información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39779942
NOMBRES Y APELLIDOS	Gladys Lucia Triviño Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	16/01/1969
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	13/02/2001
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	1016 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	13/02/2001
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 39779942 GLADYS LUCIA TRIVIÑO
RODRIGUEZ Desde 24/04/2025 - Vigente

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:

GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.779.942**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Abril 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.

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, **GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **39779942**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 14/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 26/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

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): 202501015167906.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de mayo 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14906649897

(415)7707212489984(8020) 000001490664989 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 7 7 9 9 4 2	9	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 9 7 7 9 9 4 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
TRIVIÑO	RODRIGUEZ	GLADYS	LUCIA

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 119 A 70 C 69

42. Correo electrónico: luciatrivinoro@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 1 2 1	3 1 2 4 5 2 5 6 4 2	6 0 1 5 2 8 1 9 3 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 5 1	2 0 1 1 0 5 1 0	8 5 4 2	2 0 1 1 0 5 1 0	7 1 1 1	4 7 9 9	2 1 4 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	4	9																								

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 TRIVIÑO RODRIGUEZ GLADYS LUCIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39779942 realizó el día 13/05/2025 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 GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39779942 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) GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39779942 el día 13/05/2025 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

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-02-06	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ		Identificación CC	Nro 39779942	
Fecha de Nacimiento	1969-01-16	**Edad**	54	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2023-02-06 07:30:19	**Fecha Salida**	2023-02-06 11:11:37		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	PSICOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION LEJANA
VALORACION EPS	SI Observaciones: CONTINUAR CONTROL MEDICO PERIODICO Y AUDIOLOGIA CLINICA EN EPS
OTRAS:	NO PRESENTA

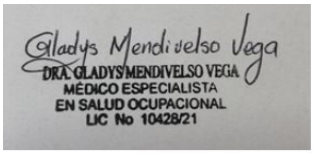
SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

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 de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



GLADYS MENDIVELSO VEGA
RM: 1042821

GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ
CC 39779942

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Firma y sello del médico

Firma del trabajador

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 06/02/2023
EMPRESA: PARTICULAR/NORTE
NOMBRE: GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ
CÉDULA: 39779942
EDAD: 54 CARGO: CONTRATISTA

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

- Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

OBSERVACIONES

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.



FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

prefixUJ880d

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-02-06

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ		
Identificación	CC	**No. Documento**	39779942
Fecha de Nacimiento	1969-01-16	**Edad**	54 años 0 meses 21 dias
Sexo	F	**Empresa**	PACIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-02-06 07:10:00	**Sede**	CENDIATRA NORTE

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	70.7	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ANEXO	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	.	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	.	%	36.0-52.0%
VCM	.	fl	76-96fl
HCM	.	pg	27.0-32.0pg
CHCM	.	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	.	%	<15.0%
LEUCOCITOS	.	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	%	50-70%
LINFOCITOS	.	%	25-40%
MIXTAS	.	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	.	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	.	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	..	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	226	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	57	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	48	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	166.6	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-02-06



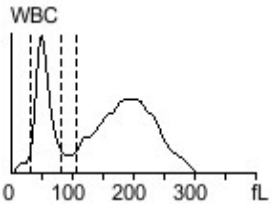
LUIS CARLOS SOLERA GARCIA
1065002660
Firma y sello del médico evaluador

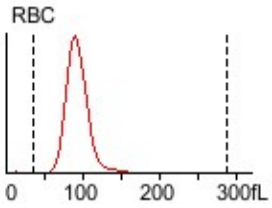
INFORME DE ANÁLISIS DE HEMATOLOGÍA

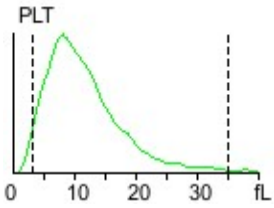
Nombre de pila: GLADYS LUCIA
Apellido(s): TRIVIÑO RODRIGUEZ
Género:
Fecha: 06-02-2023 10:41

Tipo de muestra:
ID de muestra: 39779942
Edad:

Parámetro	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	**6,10**	**3,50-9,50**	**10^9/L**
2 Lym%	28,4	20,0-50,0	%
3 Gran%	68,1	50,0-70,0	%
4 Mid%	3,5	3,0-9,0	%
5 Lym#	1,73	1,10-3,20	10^9/L
6 Gran#	4,16	2,00-7,00	10^9/L
7 Mid#	0,21	0,10-0,90	10^9/L
8 RBC	**5,00**	**3,80-5,80**	**10^12/L**
9 HGB	14,7	11,5-17,5	g/dL
10 HCT	45,1	35,0-50,0	%
11 MCV	90,2	82,0-100,0	fL
12 MCH	29,4	27,0-34,0	pg
13 MCHC	32,6	31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	13,9	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	43,0	35,0-56,0	fL
16 PLT	**261**	**125-350**	**10^9/L**
17 MPV	8,7	7,0-11,0	fL
18 PDW	10,1	9,0-17,0	fL
19 PCT	0,227	0,108-0,282	%
20 P-LCR	18,1	11,0-45,0	%
21 P-LCC	47	30-90	10^9/L







Luis Carlos Solera G.
Bacteriólogo
Reg 1065002660
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Dr Luis Carlos Solera García
Bacteriólogo Universidad de Córdoba
T.P: 1065002660

Autopista Norte # 106 - 93
Tel: 7442103 - 7464727 - 7562592 - 7443001 Ext 1528
Correo electronico: laboratorionorte@cendiatra.com

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/02/06
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-02-06	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ			Identificación CC	Nro 39779942
Fecha de Nacimiento	1969-01-16	**Edad**	54	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2023-02-06 07:17:54	**Fecha Salida**	2023-02-06 07:22:30		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
OTROS	NO REFIERE
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO
OTROS	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/80
CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/80
CON CORRECCION OI	20/25
SIN CORRECCION AO	20/80
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.75 cm
SIN CORRECCION OI	0.75 cm
SIN CORRECCION AO	0.75 cm
ESTENOPEICO	

SIN CORRECCION OD	-
SIN CORRECCION OI	-
SIN CORRECCION AO	-

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	O
CERCA	X
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	5 CM
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NSE
OI	NSE

OFTALMOSCOPIA

OD	NSE
OI	NSE

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	N-1.75*55
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	N-1.50*65
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	-
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	-
OI	-

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H524: Presbicia

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI	USO VISION LEJANA
CONTROL ANUAL	SI	
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO	
VALORACION OPTOMETRICA	NO	

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/02/06
www.cendiatra.com

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948

GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ
CC 39779942

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/02/06
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-02-06	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ		Identificación CC	Nro 39779942	
Fecha de Nacimiento	1969-01-16	**Edad**	54	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2023-02-06 07:13:56	**Fecha Salida**	2023-02-06 07:17:58		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	SI
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

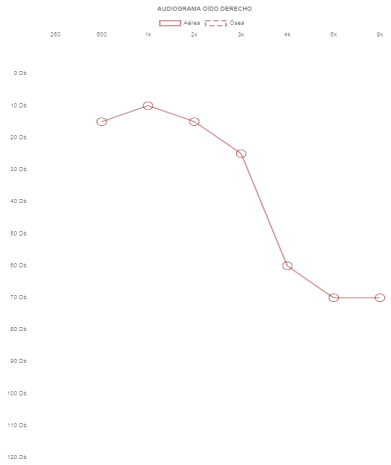
NORMAL 24 DB	O.I
HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB	O.D

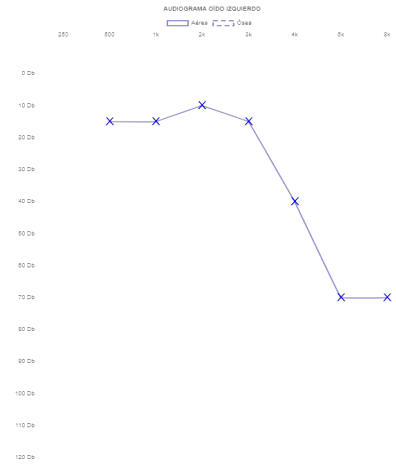
CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	SI	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	SI	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				15			10			15			25			60			70			70		
OI				15			15			10			15			40			70			70		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	SI
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	27.5
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	20

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	O.I	
HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB	O.D	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H919: Hipoacusia, no especificada	

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	SI	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	SI	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

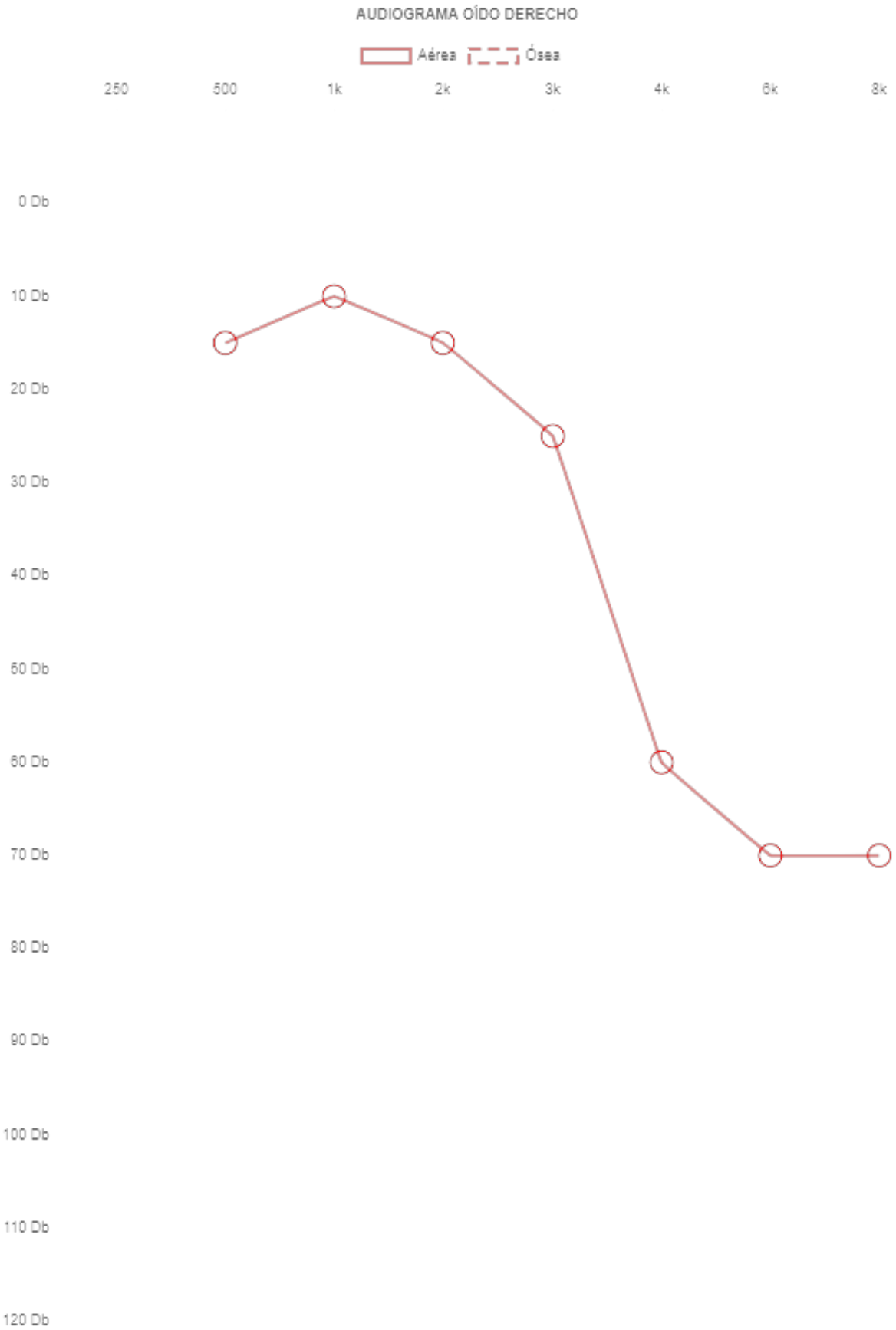
Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

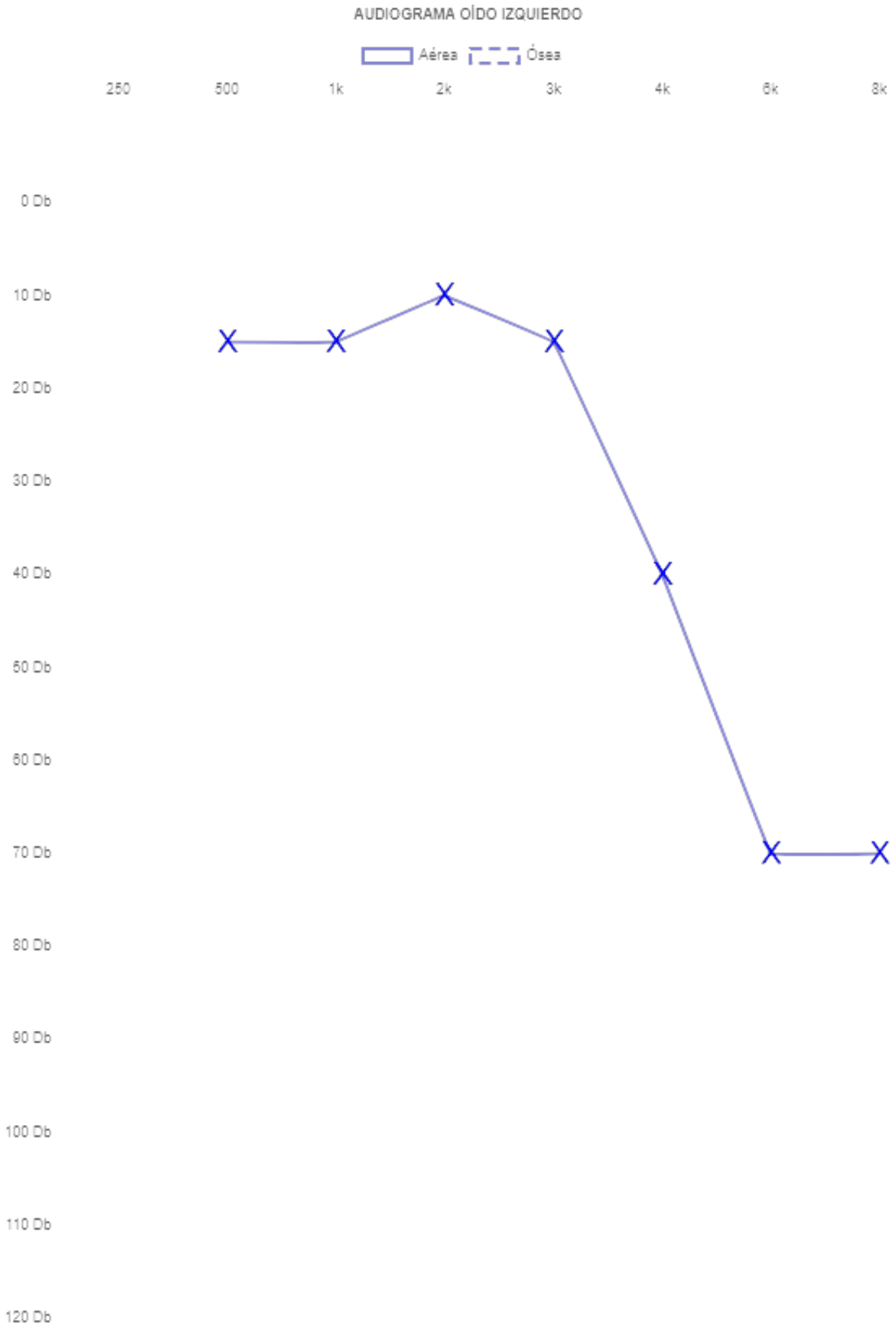
ERIKA XIOMARA ESTUPINAN SANJUAN
RM: 52974388
Firma y sello del médico evaluador

GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ
CC 39779942
Firma del trabajador evaluado

Cendiatra

Imagenes anexas




AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db

Certificado Bancario

Jueves, 24 de abril de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 39779942, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	63400000182	2020/01/16	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	GLADYS LUCIA TRIVIÑO RODRIGUEZ	**NIT:**	39779942
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2025
Número de Radicación:	86019140	**Total a pagar:**	$96,900
Fecha de vencimiento:	12/05/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	14/05/2025	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	1479445309
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$1,900
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$53,300
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$41,700
						$96,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 86019140, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

PAGADA

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