SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**50067-813007**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.018.490.917	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ajgarizabal@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	04570201234
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	8972173/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**5826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.634.997
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 19.897.500

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.140.497**	**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		----------	**41329330**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	I	$ 9.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Acompañamiento a los aprendices en su proceso de su Etapa Productiva

Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.

Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo

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

ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN
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,

Firmado digitalmente por Luis Alejandro Carreño Hernández

LUIS ALEJANDRO CARREÑO HERNANDEZ
INSTRUCTOR

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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

19/02/26 09:37:34 USUARIO: SIC - C.C. 1018490917

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	1018490917	ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN	Carrera 80b # 6b 75	4634864	angelaj.garizabal@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	
2026-01	2026-01	I	17/02/2026	41329330	$512.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	12	1.700	0	220.600	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	280.200	0	0	0	0	12	2.200	0	282.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	12	100	9.300			92	9.300	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	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	218.900	220.600
Pensión	1	280.200	282.400
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	512.300

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	1018490917	ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN		Carrera 80b # 6b 75	4634864	angelaj.garizabal@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2026-01	2026-01	I	17/02/2026	41329330	$512.300	

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	1018490917	GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1018490917** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1018490917
NOMBRES Y APELLIDOS	ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	23/08/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **19/02/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

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:

ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.490.917**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141229434431

(415)7707212489984(8020) 000014122943443 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 8 4 9 0 9 1 7	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 8 4 9 0 9 1 7	

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
GARIZABAL	YANQUEN	ANGELA	JOHANNA

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
CR 80 B 6 B 75 TO 13 AP 503

42. Correo electrónico angelaj.garizabal@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 4 1	2 0 2 6 0 1 0 1	8 2 9 9	2 0 2 1 0 1 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN identificado con CC. 1018490917 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/19	**Fecha inicio contrato**	2026/01/19
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841205 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE LOS SERVICIOS DE PERSONAL Y OTRAS
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_13_2_2_FR01 V_08

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

MIS_4_1_3_FR15 v_010

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20022026A1018490917G10086889.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1018490917 realizó el día 10/02/2026 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:

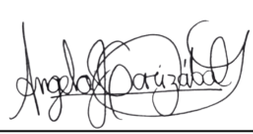
Yo ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1018490917 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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) ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1018490917 el día 10/02/2026 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

Certificación Bancaria

Viernes, 20 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGELA JOHANNA GARIZABAL YANQUEN identificado(a) con CC 1018490917, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	04570201234	2016-12-29	Activo	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

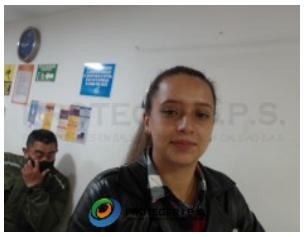
LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 6522091 - 6522092
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 244124 Fecha Examen: 2023-05-09 Hora: 09:01:23

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 SECTOR: .
ENT. MISIÓN: PARTICULARES NIT: 01 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ANGELA JOHANNA APELLIDOS: GARIZABAL YANQUEN
IDENTIFICACIÓN: 1018490917 FECHA DE NACIMIENTO: 26 de Noviembre de 1996 EDAD: 26
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: PSICOLOGA
ARL: SURA EPS: SURA EPS AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Crc Test Motricidad, Crc Test Psicologia, Anexo Osteomuscular, Examen Medico Ocupacional, Anexo Cardiovascular, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Optometria, Perfil Lipidico, Cuadro Hematico (hemograma)

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Recomendaciones de Protección Visual

1) Actualizar formula 2) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 3) Control Optometria en 1 año 4) Educación en higiene visual 5) Pausa activa visual 6) Uso de lentes de descanso

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION ADECUADA ILUMINACION EN PUESTO DE TRABAJO, CONTROLES ANUALES POR OPTOMETRIA DE EPS

JENIFER CATERINE MONTES MONTEALEGRE
Medico esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
Rg No.85065/11
Licencia No. 25-0391 DE 2019



Atendido por: MONTES MONTEALEGRE JENIFER CATERINE
Registro Médico: 85065/11
Licencia S.O.: 25-0391

Paciente: GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA
Identificación: 1018490917

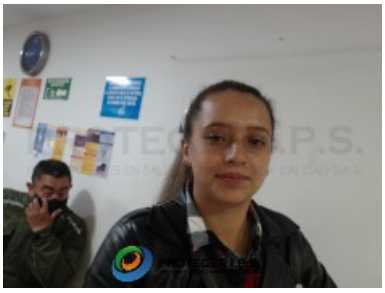
PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

PROTEGER I.P.S Nit: 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana Telefonos: Tel. 6522091 - 6522092
Res. MinTransporte:
Registro IPS: "RESOLUCION 220000071712 FECHA 2014/02/10 de 3008-100000"

Exámen Psicomotriz Coordinación

N° 244124	RUNT	2023-05-09	Apto





Identificación: 1018490917
Nombre: GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA
Sexo: F
Fecha Nacimiento: 26 de Noviembre de 1996 Edad: 26
Dirección: CALLE 6 B 80 B 89
Escolaridad: PROFESIONAL
Ocupación: PSICOLOGA
Teléfono(s): 3144006720
Ciudad: BOGOTA, D.C.
Tramite: INGRESO
Empresa: 01 PARTICULARES

PRUEBA	PREGUNTA	RESPUESTA	PACIENTE
Test Resistencia a la Monotonia	Tiempo medio de reaccion de respuesta (ms)	Menor ó Igual 880	372
Test Resistencia a la Monotonia	Numero de Errores	Menor ó Igual 5	1
Test Resistencia a la Monotonia	Tiempo medio de reaccion al acierto(ms)	Menor ó Igual 880	372
Test Reacciones Multiples	Tiempo medio de reaccion de respuesta (ms)	Menor ó Igual 1430	636
Test Reacciones Multiples	Numero de Errores	Menor ó Igual 8	2
Test Reacciones Multiples	Tiempo medio de reaccion al acierto(ms)	Menor ó Igual 1430	658
Test Reaccion Frenado	Tiempo medio de reaccion (ms)	Menor ó Igual 660	586
Test Coordinación Bimanual	Tiempo total de Error (ms)	Menor ó Igual 46000	4430
Test Coordinación Bimanual	Numero de Errores	Menor ó Igual 14	14
Test Coordinación Bimanual	Desviación Media de Distancia (Pixeles)	Menor ó Igual 1860	493

OBSERVACIONES: No se evidencian alteraciones de motricidad.
No se observan alteraciones en campos de atención, percepción, concentración y memoria.
Apto sin restricción bajo resolución 217 de 2014

Leidy Johana Bustamante S.
Psicologa
Especialista en Psicologia Ocupacional y Organizacional
Licencia en S.S.T. No. 3177 de 05/03/2018
T. P 149314

Firma profesional
BUSTAMANTE SERRANO LEIDY JOHANA

Persona certificada
GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA

Este certificado tiene Vigencia de 60 dÃ•as segÃºn lo establecido en la resoluciÃ³n 0217 del 31 de enero de 2014 y sus anexos a partir de su fecha de expediciÃ³n.
Si usted tiene alguna queja o peticiÃ³n sobre el servicio prestado por favor informarlo al Ã¡rea de recepciÃ³n.

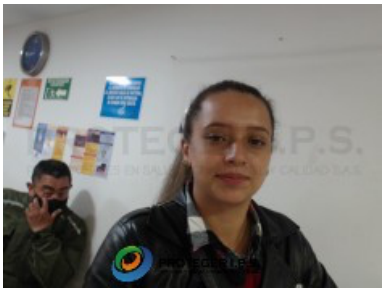
PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

PROTEGER I.P.S Nit: 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana Telefonos: Tel. 6522091 - 6522092
Res. MinTransporte:
Registro IPS: "RESOLUCION 220000071712 FECHA 2014/02/10 de 3008-100000"

Exámen Psicomotriz Coordinación

N° 244124	RUNT	2023-05-09	Apto





Identificación: 1018490917
Nombre: GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA
Sexo: F
Fecha Nacimiento: 26 de Noviembre de 1996 Edad: 26
Dirección: CALLE 6 B 80 B 89
Escolaridad: PROFESIONAL
Ocupación: PSICOLOGA
Teléfono(s): 3144006720
Ciudad: BOGOTA, D.C.
Tramite: INGRESO
Empresa: 01 PARTICULARES

PRUEBA	PREGUNTA	RESPUESTA	PACIENTE
Test Resistencia a la Monotonia	Tiempo medio de reaccion de respuesta (ms)	Menor ó Igual 880	372
Test Resistencia a la Monotonia	Numero de Errores	Menor ó Igual 5	1
Test Resistencia a la Monotonia	Tiempo medio de reaccion al acierto(ms)	Menor ó Igual 880	372
Test Reacciones Multiples	Tiempo medio de reaccion de respuesta (ms)	Menor ó Igual 1430	636
Test Reacciones Multiples	Numero de Errores	Menor ó Igual 8	2
Test Reacciones Multiples	Tiempo medio de reaccion al acierto(ms)	Menor ó Igual 1430	658
Test Reaccion Frenado	Tiempo medio de reaccion (ms)	Menor ó Igual 660	586
Test Coordinación Bimanual	Tiempo total de Error (ms)	Menor ó Igual 46000	4430
Test Coordinación Bimanual	Numero de Errores	Menor ó Igual 14	14
Test Coordinación Bimanual	Desviación Media de Distancia (Pixeles)	Menor ó Igual 1860	493

OBSERVACIONES: No se evidencian alteraciones de motricidad.
No se observan alteraciones en campos de atención, percepción, concentración y memoria.
Apto sin restricción bajo resolución 217 de 2014

Leidy Johana Bustamante S.
Psicologa
Especialista en Psicologia Ocupacional y Organizacional
Licencia en S.S.T. No. 3177 de 05/03/2018
T. P 149314

Firma profesional
BUSTAMANTE SERRANO LEIDY JOHANA

Persona certificada
GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA

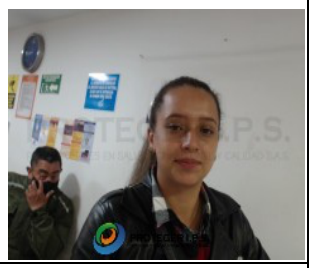
Este certificado tiene Vigencia de 60 dÃ•as segÃºn lo establecido en la resoluciÃ³n 0217 del 31 de enero de 2014 y sus anexos a partir de su fecha de expediciÃ³n.
Si usted tiene alguna queja o peticiÃ³n sobre el servicio prestado por favor informarlo al Ã¡rea de recepciÃ³n.

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 6522091 - 6522092
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-04-FI
VERSIÓN	06
FECHA	14-FEB-2012
Pág 1 de 1	

EXAMENES DE LABORATORIO

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE				FOTO
Nombre: GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA			Identificación: 1018490917	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 26 de Noviembre de 1996	Edad: 26	
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	INGRESO	Orden: 244124	Fecha: 2023-05-09	
EPS: SURA EPS	ARL: SURA	AFP: Porvenir		

EMPRESA		
NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: .

ENTIDAD EN MISION		
NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: .

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR	
Funciones: NO REFIERE	
Fecha de Ingreso: NO REFIERE	Antiguedad: NO REFIERE
Sección: NO REFIERE	Cargo: PSICOLOGA

Fecha Muestras
2022-01-20 09:31:35

GLICEMIA (GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA)

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
GLICEMIA BASAL	89	mg/dl	77-125
Observaciones:			

PERFIL LIPIDICO

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
COLESTEROL TOTAL	171	mg/dl	Hasta 200
COLESTEROL HDL	35	mg/dl	35/55
COLESTEROL LDL	114	mg/dl	Hasta 150
COLESTEROL VLDL	22	mg/dl	10-30
TRIGLICERIDOS	110	mg/dl	Hasta 170
Observaciones:			

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
GLÓBULOS BLANCOS	7,94	x 10^9/l	4.5 - 11
GRANULOCITOS	69	%	45-70
LINFOCITOS	30	%	20-45
CELULAS MEDIAS	1	%	0-6
RECUENTO DE G ROJOS	5,68	x 10 ^6/ul	4.6-6.2
HEMOGLOBINA	15	gr / dl	13-16
HEMATOCRITO	45	%	40-54
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	80	fl	80-98
HB CORPUSCULAR MEDIA	28	pg	27-31
CONCENTRACION HB C MEDIA	35	gr / dl	32-38
ANCHO DE DISTRIBUCION DE GR	12	%	12 - 15
PLAQUETAS	283	x 10 ^3/ul	144-444
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIOC	8,2	fl	
Observaciones:			

BLANCA CECILIA NIÑO TELLEZ
Bacterióloga
CC. 39755421

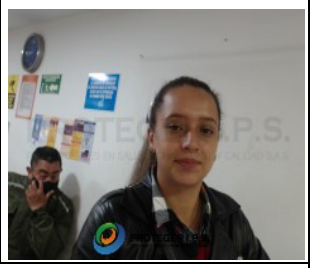
Atendido por: NIÑO TELLEZ BLANCA CECILIA
Reg.: 39755421

Paciente: GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA
Identificación: 1018490917

OPTOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA		Identificación: 1018490917	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 26 de Noviembre de 1996	Edad: 26
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	INGRESO	Orden: 244124	Fecha: 2023-05-09
EPS: SURA EPS	ARL: SURA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: .

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: .

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR

Funciones: NO REFIERE	
Fecha de Ingreso: NO REFIERE	Antiguedad: NO REFIERE
Sección: NO REFIERE	Cargo: PSICOLOGA

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

Tipo de Riesgo		T. Exposición		Uso Protección	Protección Visual
		Acumulada	Diaria		
Químicos (humos,gases, vapores, polvos)	No			No	
Radiación Ultravioleta o Infrarroja (soldadura, hornos)	No			No	
Mecánico (Proyección de Partículas)	No			No	
Iluminación Inadecuada	No			No	
Uso de Video Terminales	Si	2	8	Si	AR

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

Generales		Oculares	
Hipertensión Arterial	No	Cirugía Ocular	No
Diabetes	No	Queratocono	No
Hipoglicemia	No	Glaucoma	No
Toxoplasmosis	No	Catarata	No
Cefalea	No	Retinopatía	No
Trauma craneoencefálico	No	Desprendimiento de Retina	No
Otros Antecedentes	No	Ambliopía	No
Cuales: RINITIS		Estrabismo	No

Problemas de Refracción: No	Cuales?:	Tiempo Evolución (años):	Corregido: Gafas
Frecuencia de Uso: OCASIONAL	Tiempo Transcurrido desde el ultimo examen visual: 24	Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula:	

SIGNOS Y SINTOMAS

Ardor Ocular	No	Cansancio Ocular	No	Cefalea	No
Disminución agudeza visual lejana	No	Disminución agudeza visual próxima	No	Dolor Ocular	No
Fotofobia	No	Irritación ocular	No	Lagrimeo	No
Miodesopsias	No	Prurito Ocular	No	Salto de Renglones	No
Secreciones	No	Visión doble	No		

Observaciones:

EVALUACIÓN

A. Agudeza Visual	B. Lensometría

	Sin Correción		Con Correción		Sin Correción	Con Correción
	Visión Lejana	Visión Proxima	Visión Lejana	Visión Proxima		
Ojo Derecho	20/25	0.5			NO TRAJO RX	
Ojo Izquierdo	20/30	0.5				

C. Examen Externo		D. Estado Motor		
Pinguecula	No	Cover Test Visión Lejada:	ORTO	
Resequedad Ocular	No	Cover Test Visión Próxima:	EXO	
Inyección Conjuntival	No	Punto Próximo de Convergencia:	8	
Hiperemia Conjuntival	Si	Retinoscopia Ojo Derecho:	+0.75-0.75*0	
Ptosis Palpebral	No	Retinoscopia Ojo Izquierdo:	+0.75-0.75*0	
Pterigio	No		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Secreción Ocular	No	Estereopsis	Normal	Normal
Edemea Palpebral	No	Visión Cromatica	Normal	Normal
Blefaritis	No	Campo Visual	Normal	Normal
		Oftalmoscopia	Normal	Normal

E. Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza V.	DP	DNP	ALT F	ALT V	Prisma
Ojo Derecho	N	-0.50	0	20/20					
Ojo Izquierdo	N	-0.50	0	20/20					
Adición de Lente									

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Interpretación	
Astigmatismo	Ambos Ojos	Problema de Refraccion No corregido	Ambos Ojos

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
ASTIGMATISMO	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES

Actualizar formula	Adecuada iluminación del puesto de trabajo
Control Optometria en 1 año	Educación en higiene visual
Pausa activa visual	Uso de lentes de descanso

OBSERVACIONES

control anual.

Lina Ma. Fierro
Optómetra Esp.
R.M. 1954
Lic. SST: 1068/2017

Atendido por: FIERRO FARFAN LINA MARIA
Reg.: 1954

Paciente: GARIZABAL YANQUEN ANGELA JOHANNA
Identificación: 1018490917