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	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**62072-024613**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ENITH GICELLY VASQUEZ MAYORGA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.467.310	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	evasquezm@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	69055518483
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 2025**	SI

¿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:	9030676/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**32626**	**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	**01/04/2026 Al 30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.422.506

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	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**69297352**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	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	$ 9.900	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		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

se desarrollaron actividades programadas para las fichas 3403537 – TGE, 3394493 – TGE, 3313504 – TGE, 3228067 – TGA y 3313523 – TGA

se realizo el cierre para las fichas 3403537 – TGE, 3394493 – TGE, 3313504 – TGE, 3228067 – TGA y 3313523 – TGA

lista de asistencia de los aprendices de las fichas 3403537 – TGE, 3394493 – TGE, 3313504 – TGE, 3228067 – TGA y 3313523 – TGA

acompañamiento y seguimiento al proceso de aprendizaje, y el respectivo seguimiento al cargue de evidencias en Classroom

se cargaron los documentos soportes de cierre de las fichas 3403537 – TGE, 3394493 – TGE, 3313504 – TGE, 3228067 – TGA y 3313523 – TGA

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

Enith Gicelly Vasquez Mayorga

ENITH GICELLY VASQUEZ MAYORGA
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 SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
Fecha: 2026.04.23 11:03:36 -05'00'

SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

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)

17/04/26 10:44:48 USUARIO: SIC - C.C. 52467310

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	52467310	ENITH GICELLY VASQUEZ MAYORGA	calle 57 sur n 90B-02	6012899	enithvasquezm@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69297352	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,906,000	$594.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	238.300	0		0		0	7	1.200	0	239.500	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	305.000	0	0	0	0	7	1.500	0	306.500	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	10.000				10.000	7	100	10.100			100	10.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	38.200	7	200	38.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	238.300	239.500
Pensión	1	305.000	306.500
Riesgos Laborales	1	10.000	10.100
CCF	1	38.200	38.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	591.500	594.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52467310	ENITH GICELLY VASQUEZ MAYORGA	calle 57 sur n 90B-02	6012899	enithvasquezm@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69297352	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,906,000	$594.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número 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	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52467310	VASQUEZ MAYORGA ENITH GICELLY	59	0			N																	25-14	1.906.000	30	305.000	0	0	0	0	EPS008	1.906.000	30	238.300	14-23	1.906.000	30	1	10.000	CCF24	1.906.000	30	38.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

C.C.	1034780111	Julian Andres Mendivelso Vasquez	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,

Enith Gicelly Vasquez Mayorga

ENITH GICELLY VASQUEZ MAYORGA
C.C. 52467310


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.034.780.111
Apellidos
MENDIVELSO VASQUEZ
Nombres
JULIAN ANDRES
Nacionalidad
COL
Estatura
1.65
Sexo
M
Fecha de nacimiento
17 OCT 2006
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
29 OCT 2024, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
30 OCT 2034


CO
057817079
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL057817079815001<<<<<<<<<<<
0610179M3410303COL1034780111<9
MENDIVELSO<VASQUEZ<<JULIAN<AND

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1034780111

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40254844

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número: 61 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1069

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENDIVELSO	VASQUEZ

Nombre(s)

JULIAN ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes OCT Día 17	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A7540118

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VASQUEZ MAYORGA ENITH GICELLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#52.467.310 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MENDIVELSO SUA NORMAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#80.157.923 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDIVELSO SUA NORMAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#80.157.923 DE BOGOTA D.C.	

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 2006 Mes NOV Día 03	ASTRID ZAMIRA CHAYA RINCON Nombre y firma

NOTARIA 61 DE BOGOTA D.C. ASTRID ZAMIRA CHAYA RINCON NOTARIA (E) REPUBLICA DE COLOMBIA

4025484 4

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Paga seguro con:

PayU

Fecha: 2025-12-23 21:30:08

Tu transacción ha sido aprobada

Número de orden: **4298083585**

Con esta referencia puedes hacer seguimiento a tu transacción en la página de Consulta de Transacciones de PayU o con nuestro equipo de servicio al cliente

Medio de pago

BANCO: **BANCO BBVA COLOMBIA S.A.**
CUS: 2033325931
Dirección IP: 45.238.183.201
Estado : **APROBADA**

Datos de contacto de la tienda

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
NIT: 860012357

Dirección: CRA 9 # 51-23
Teléfono: 5878797

Resumen de la compra

Referencia: 1034780111072296834
Descripción: MATRICULAS PREGRADO I SEM

Total pagado..... $8,723,700.00

Toda la información se encuentra encriptada para tu privacidad y seguridad © PayU.

TEST DE WARTEGG

Nombre:	Enith Gicelly Vasquez Mayorga
Edad:	44 años
Sexo:	Femenino
Cargo:	Ingeniera Industrial
Nivel Académico:	Especialista

ANALISIS GENERAL

Enith Gicelly se muestra con buena actitud y disposición para la aplicación de la prueba, informa no haberse sentido presionado, ansioso o impaciente antes de realizarla.

Se encontraba perceptiva, estable y orientada en tiempo, espacio y persona al momento de elaborar los dibujos, tenía buena motricidad para llevar a cabo las exigencias de cada cuadro a dibujar.

El tema que más le agrado a Enith Gicelly fue lo dibujado en el campo número 7, lo que indica que una de las prioridades en su vida es la expresión emocional sin embargo se loe dificulta este aspecto.

El orden que llevo a cabo para la elaboración de los dibujos fue, el siguiente el campo numero 1 fue 4 luego 8, 3, 1, 2, 6, 5 y por último el 7.

SIGNIFICADO DE CADA CUADRO ESCOGIDO POR EL EVALUADO

CAMPO 1	Una luz al final del camino
CAMPO 2	Amanecer
CAMPO 3	Meta
CAMPO 4	Punto fijo
CAMPO 5	Mi hijo
CAMPO 6	Mi hogar
CAMPO 7	Pintando más sueños
CAMPO 8	Construyendo y luchando día a día un camino con bases y fundamentos

INTERPRETACIÓN

CAMPO 1
Representa la forma como la persona evaluada vivencia su propia individualidad.
Enith Gicelly se muestra como una persona segura de si misma, estable, reconoce adecuadamente su individualidad, se siente el centro de su mundo y parte fundamental de él por lo tanto es capaz de tolerar la crítica y de buscar situaciones en las que se pueda desempeñar adecuadamente.

CAMPO 2
Representa la forma como el evaluado establece relaciones con otros el interactuar
Sus relaciones interpersonales adecuadas, se percibe como una persona amable, cordial y empática, si alguien la aborda responde adecuadamente a sus necesidades ya que posee habilidades sociales además le agrada apoyar a los demás.

CAMPO 3
Representa las ambiciones y proyección hacia el futuro
Tiene metas y proyectos establecidos, es líder y competitiva, traza nuevas metas y proyectos además trabaja diariamente para conseguirlos
CAMPO 4
Representa la relación del evaluado con su inconsciente
Trabaja adecuadamente bajo presión ya que no suele dejarse afectar por sus emociones es objetiva.

CAMPO 5

Representa la voluntad y agresividad para vencer obstáculos y los recursos al enfrentar los problemas
No canaliza adecuadamente su energía por tanto en el manejo y la resolución de conflictos genera ideas sin embargo debe llevarlas más a cabo.

CAMPO 6
Representa el tipo de pensamiento valor a la capacidad intelectual
Analiza y consolida datos con fácilmente haya coherencia rápidamente a varias partes a la vez, tiene alta atención al detalle.

CAMPO 7
Representa la capacidad de entrega en las relaciones afectivas. Aquí se evidencia la necesidad a exteriorizar problemas afectivos o a la expresión de la sensibilidad y el estado de madurez afectiva.
No expresa con facilidad sus sentimientos y emociones es poco emocional ya que posee una autoimagen y auto concepto bajo.

CAMPO 8
Representa la adaptación al medio, el tipo de ajuste dentro del entorno social
Se adapta con facilidad a la sociedad con sus normas y valores sociales sin embargo entra en conflicto constante con estas

FORTALEZAS	**ASPECTOS A MEJORAR**
Establecimiento de metas y proyectos	Manejo y resolución de conflictos
Relaciones interpersonales	Adaptación a la sociedad con normas y valores sociales
Manejo de ansiedad y presión	Expresión emocional
Análisis y estructura de información	
Seguridad en sí mismo estabilidad	

ANGELA JOHANNA SUAREZ ARENAS

Ps. Organizacional Esp. S.O y Riesgos Laborales

T.P. 172430

Licencia S.O. 25-1115 de 2017

REVISAVIAE LTDA
MEDICINA DEL FUTURO

EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

REVISAVIAE LTDA

IMP

FECHA	01/16/2024
EXAMEN A REALIZAR	CUADRO HEMATICO, GLICEMIA PERFIL LIPIDICO
NOMBRE	ENITH GICELLY VASQUEZ MAYORGA
TIPO DOCUMENTO	CC
Nº DOCUMENTO	**52467310**
GENERO	MUJER
CONTACTO	

CITOMETRIA SANGUINEA

LEUCOGRAMA		Valor Ref			Valor Ref
LEUCOCITOS (X10^3/Ul)	6400	4,0-10,	PLAQUETAS	323000	150000-450000
NEUTROFILOS (%)	64	30-70	MPV	9,6	7.2-12.0
LINFOCITOS (%)	29	20-45	PDW	10	10.0-14.5
BASOFILOS (%)		3-10	PCT	0,31	0.28-0.55
EOSINOFILOS (%)	5	3-10	P-LCR	12,2	11-45
MONOCITOS (%)	2	3-10			
OTROS			VSG		
MORFOLOGIA			FSP FSP		
HEMOGRAMA					
GLOBULOS ROJOS (10^6/Ul)	4,65	4.0-5.90			
HEMOGLOBINA (g/dl)	15,4	12-18			
HEMATOCRITO (%)	45	35-54			
MCV (Fl)	97,3	80-99			
MCH (pg)	33	25-33			
MCHC (g/Dl)	34,0	28-36			
RDW-CV (%)	10,6	9.5-14.5			
RDW-SD (Fl)	52	35-46			

METABOLITOS

CARBOHID			**PROTEINAS**		
GLUCOSA BASAL (mg/dl)	89	**70-110**	TOTAL(g/dl)		**6,6-8,3**
POSTPRANDIAL (mg/dl)		**< 170**	ALBUMINAS (g/dl)		**3,8-5,3**
HEMOGLOBINA GLICOSILADA			GLOBULINAS (g/dl)		**2,2-3,2**
LIPIDOS			**OTROS**		
COLESTEROL (mgrs/dl)	219	**150-210**	ACIDO URICO (mg/dl)		**3,0-7,9**
HDL (mgrs/dl)	42	**>38**	B.U.N (mg/dl)		**4,-24,5**
LDL (mgrs/dl)	159	**<110**	CREATININA (mg/dl)		**0,6-1,2**
triglicéridos (mgrs/ dl)	**91**	**40-170**	**BILIRRUBINAS**		
INDICE ARTERIAL		**Hasta 0,6**	**TOTAL (mg%)**		**0-1,2**
BIOCATALIZADORES (Enzimas)			DIRECTA (mg%)		**0-0,2**
TRANSAMINASA GOT (UI/L)		**0-40**	INDIRECTA (mg%)		**0-0,8**
TRANSAMINASA GPT (UI/L)		**0-40**			

HEMOCLASIFICACION

GRUPO

RH

validado Dra Esther Carrasquel Rangel validado Dra Esther Carrasquel Rangel

Bacteriologa Reg 643733 Bacteriologa Reg 643733

REVISAVIAE LTDA
D. G. S. S. T

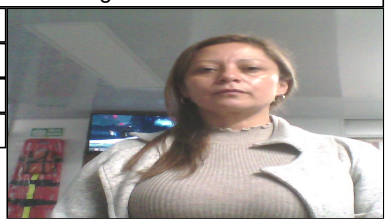
REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764006152646 que habilita desde FE 1 hasta FE 1000000. Vence 2021-10-23 IVA Régimen Común No somos Agentes de

FECHA ▼			Tipo de examen ►	Ingreso
Día	Mes	Año	Ciudad ▼	Departamento ▼
16	01	2024	Bogota, d.c.	Santa Fe de Bogotá D.C.

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
VASQUEZ	MAYORGA	ENITH	GICELLY



Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
CC	52467310	1998-03-19	F	44 Años

Profesión ▼	Nombre de Cargo ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
INGENIERIA INDUSTRIAL	CONTRATISTA	Particular	

INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto Con Recomendaciones

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Paciente sin alteración osteomuscular, se dan recomendaciones de - Control y seguimiento por medico de su EPS para patología de base. - Continuar medicación formulada por especialidad tratante de su EPS.- Uso de medias de compresión graduada anti varice durante jornada laboral (tipo media pantalón o hasta la rodilla, de mediana compresión). - Realizar ejercicios cardiovasculares periódico, ejercicios de estiramiento y calentamiento de piernas. - Dieta baja en alimentos grasos, azucares, harinas y carbohidratos para disminución de peso. - Uso de gafas de protección y descanso para el computador, con antirreflejo y filtro UV. - Realizar pausas visuales cada 2 horas, 5 segundos vista de punto lejano y punto cercano. - Vigilar higiene postural, realizar actividades de estiramiento y calentamiento para espalda. - Equilibrar peso y cargas de la espalda y para levantamiento de objetos. - Usar elementos de protección personal segun profesiograma de la empresa. - Realizar pausas activas cada 2 horas durante 3 - 5 minutos de movilidad articular y estiramiento musculo tendinoso generalizado. - Control medico ocupacional y/o exámenes complementarios según profesiograma de la empresa. - Apto para cargo con recomendaciones.

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO ▼

Al examen médico presenta alteraciones, pero no es limitante para desempeñarse en su labor

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼

Osteomuscular	Respiratorio	Cardiovascular	Visiometria
Psicometrico	Cuadro Hematico	Glicemia	Perfil Lipídico Completo

RECOMENDACIONES ▼

Control Medico (ocup)	Pausas Saludables Mmii	Actividad Física Mayor 30´	Control Optometria (ocup)
Dieta Baja En Carbohidratos	Pausas Saludables Mmss	Uso Epp	

El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ►	SI		NO	X
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ►	SI		NO	X
Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼				

Recomendaciones generales▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el examen. Fui informado(a) sobre la confidencialidad de la información personal por mi suministrada los resultados paraclínicos. Autorizo a la unidad médica a suministrar la información aquí registrada a las entidades contempladas en la legislación vigente para dar cumplimiento del programa de Seguridad y salud en el trabajo y todo lo que se derive de la legislación colombiana. Los derechos que me asisten como titular de la información son los contemplados por la ley, entre ellos el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que de mí se tiene en bases públicas o privadas, tales derechos podrían ejercerse mediante comunicación escrita al correo Revisaviae@yahoo.es o comunicación escrita en nuestras oficinas,Finalmente, manifiesto que estoy en capacidad de expresar mi consentimiento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼

Médico Ocupacional ▼	Aspirante a trabajador ▼
Dra. Mª Alejandra Salazar RM 1026574556 LSO: 3585 REVISAVIAE LTDA SALUD OCUPACIONAL LSO 3585 de 05/06/2023L REGISTRO MEDICO	Nombre: ENITH GICELLY VASQUEZ MAYORGA C.C. 52467310

La presente certificacion se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, y amparada con base al consentimiento informado y con destino a la hoja de vida del trabajador.

DRA. CAROL BIBIANA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

OPTÓMETRA U.L.S.
ESP. ADMINISTRACIÓN EN SALUD P.U.J.
ESP. GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO U.C.M.C

OPTOMETRÍA:	GENERAL	OCUPACIONAL visionet.

HISTORIA CLÍNICA:	FECHA 16.01.24.	EMPRESA Sonce

NOMBRE: Enith Gicelly Vasquez Mayorga. 44 años
CC: 52.467.310
CARGO: Contratista

TIPO EXÁMEN:	INGRESO X	PERIÓDICO	EGRESO

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

ANAMNESIS :
Nunca ha usado RX optica / ultimo exámen hace 2 años.

ANTECEDENTES PERSONALES - FAMILIARES :
CX refractiva hace 12 años. / Ambliopatico.

TIPO EXPOSICIÓN

QUÍMICO:
FÍSICO : trabajo en PC 8 horas diarias
BIOLÓGICOS:

AGUDEZA VISUAL

AV LEJOS SC	OD 20/20	AV CERCA SC	OD 05M	AV LEJOS CC	OD	AV CERCA CC	OD
	OI 20/20		OI 05M		OI		OI
	AO 20/20		AO 05M		AO		AO

LENSOMETRÍA

OD TIPO LENTE	
OI TIPO LENTE	

Powered by CamScanner

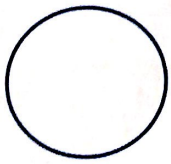
PRUEBA	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGOS
EXÁMEN EXTERNO OD			Reflejos conservados
EXÁMEN EXTERNO OI			Reflejos conservados
MOTILIDAD OCULAR OD			
MOTIIDAD OCULAR OI			
OFTALMOSCOPIA OD			
OFTALMOSCOPIA OI			
ESTEREOPSIS	X		
VISION CROMATICA	X		

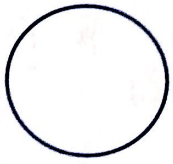
QUERATOMETRIA OD	
QUERATOMETRIA OI	
RETINOSCOPIA OD	
RETINOSCOPIA OI	
SUBJETIVO OD	
SUBJETIVO OI	

LENTES DE CONTACTO

OJO DERECHO	**CB**	**PODER**	**DIÁMETRO**	**DISEÑO**
OJO IZQUIERDO	**CB**	**PODER**	**DIÁMETRO**	**DISEÑO**

FLUOROGRAMA

OD 

OI 

OBSERVACIONES:

RX FINAL OD	H	**AV**
RX FINAL OI		**AV**

DIAGNÓSTICO: prétrope 2013

CONDUCTA: (1) No requiere uso de Rx optica para desempeño

REMISIÓN: de lubri. (2) Se sugiere uso de filtro luz azul.

(3) Pausas activas visuales.

FIRMA OPTÓMETRA:

Dra. Carol Hernandez
Optómetra U...
Especialista...
Registro...

Powered by CamScanner