

 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 CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	25		
			Código Centro	951310		
			Fecha Elaboración	Mayo de 2026		
			Versión	ENERO - 1,26		
			ID de Proceso	94810-252411		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA			Banco a consignar:		BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía 52.487.696			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: luzmarleny@live.com			Número de Cuenta:		87043423995	
IP/N° de contacto: 3102440063			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						
N° del contrato: 8960153/2026		N° Compromiso SIIF 6726		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 01/05/2026		Al 31/05/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 35.057.478
Número de pago 4				Valor Total del Contrato:		\$ 48.796.219
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 30.319.981
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						
		Mayo		Abril		Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.140.497,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		79398334		Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.197.397,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999		Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200		Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retención IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 9.900		\$ 9.900		Reteica - 8299 - CHIA 33.579,00 0,800%
		\$ -				- 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% \$37.927.505		\$ 1.047.000				0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 3.033.000						
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR		\$4.703.918,00
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Se impartió formación en las fichas						
3387770 operaciones comerciales en retail						
3387779 operaciones comerciales en retail						
3070262 análisis y desarrollo de software						
3070263 análisis y desarrollo de software						
3118370 coordinación de procesos logísticos						
3118579 coordinación de procesos logísticos						
3070370 animación digital						
3135335 coordinación de procesos logísticos						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí						
				LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,		
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.				LEONARDO LUCHINI MORERA INSTRUCTOR G08		
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 GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79398334	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$550.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

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

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52487696	LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA		Dg 6 6 33 To ap 404	8711709	luzmarleny@live.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOPÓ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79398334	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$550.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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 52487696	VELANDIA BARAHONA LUZ MARLENY	59	0			N															25-14	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS017	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900	0	0	0	0	0	0	0	0	0

641845 45290

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S



NIT 8320054448
 Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Telefono 8660839/8830139
 eMail



Paciente: LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA
 Identificación CC 52487696 Fecha de Nacimiento 07/04/1977 Género FEMENINO
 Dirección DIAGONAL 6 N 6-33 TORRE 15 APA 404 ISERR Edad Actual 47 A
 Aseguradora PARTICULAR 1 Telefono 3102440063
 Fecha Ingreso 11/01/25 15:24

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen Ciudad Tipo de Examen Otro
 11/01/2025 CAJICA - CUNDINAMARCA Pre-Ingreso
 Razon social de la empresa que lo contrato o contratara Razon social de la empresa en que labora, laborará o laboró
 PARTICULAR 1 SENA
 Cargo Area o Sede
 INSTRUCTOR TALENTO HUMANO

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	X Osteomuscular	Riesgo vascular
Manipulador de alimentos	Alturas	Otro? Cual?

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
X Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de Aplazamiento
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

* ALTERACIÓN LEVE DE LA AGUDEZA VISUAL, NO REQUIERE USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA DURANTE JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA USO D EPROTECCION OPTICA, CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA * ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO DE LOS LIPIDOS QUE NO INTERFIERE CON SU LABOR, REQUIERE VALORACIÓN POR NUTRICIÓN, DIETA Y EJERCICIO CARDIOVASCULAR; CONTROL SEMESTRAL DE PERFIL LIPÍDICO POR SU E.P.S. HASTA LOGRAR VALORES NORMALES.

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesigramas o perfil para el cargo:	SI	NO	X		

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONDUCTA

X Examen Médico	Examen Radiologico	NA Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patología diagnóstica
X Audiometría	¿Cuál(es)?	NA Continuar manejo actual y control por EPS
Espirometría		NA Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
X Optometría		NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
Electrocardiograma		NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS
Exámen Psicosensométrico	X Exámenes de Laboratorio	NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paracénicos
Otro?Cual?	¿Cuál(es)?	*NA = No Aplica
PSICOLOGIA	CH PERFIL LIPIDICO GLICEMIA	Amplie su conducta
		EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

641845 45290

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

2



NIT 8320054448
 Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Telefono 8660839/8830139
 eMail

RECOMENDACIONES

X Exámen Ocupacional Anual X Higiene postural X Uso de elementos de protección personal X Pausas Activas
 Reingreso laboral Reubicación Rehabilitación profesional
 Otro? Cual?

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).
 He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).
 Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 párrafo del Artículo 10 - Minprotección)

Dra. Carolina Martínez Vidal
 Especialista en Salud Ocupacional
 RM. 52997233
 LSO 8476 / 22

Luiz Marleny Velandia Barahona

MEDICO

Firma

CAROLINA MARTINEZ VIDAL

Registro Médico

RM 52997233

Licencia salud ocupacional

LSO 8476/22

Firma

ASPIRANTE O TRABAJADOR

LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA

Documento de identidad

CC 52487696

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

641847

45290

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

11/01/25

1



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

Paciente: LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA Género FEMENINO
Identificación CC 52487696 Fecha de Nacimiento 07/04/1977 Edad Actual 47 A
Dirección DIAGONAL 6 N 6-33 TORRE 15 APA 404 ISERR 3102440063
Acompañante/Acudiente NINGUNO Usuario

Aseguradora PARTICULAR 1

Fecha del Examen 11/01/2025 Ciudad CAJICA

Razón social empresa que lo contrato o contratara

PARTICULAR 1

Centro de Trabajo (Sede)

SENA - INSTRUCTOR

Tipo de Examen PREIN

INFORMACION PERSONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGIA VISUAL

Ha tenido cirugías o traumas oculares? NO

Presenta actualmente molestias en los ojos? NO

Está expuesto a riesgos ocupacionales Oculares en el car NO

Usa en el cargo actual elementos de protección ocular? NO

Problemas de Refracción NO

Corregido NO Tipo de Corrección

Frecuencia de uso

Tiempo de Evolución

Lensometría de Rx en uso

OD
OI

Tipo de Lente

EVALUACION VISIOMETRIA

Ojo Derecho			Ojo Izquierdo			Ambos Ojos		
20=547638 NO	25 = 428576 NO	30 = 943852 NO	20 = 745932 NO	25 = 578236 NO	30 = 346752 NO	20 = 857432 NO	25=674235 NO	30=382457 NO
40=795823 NO	50 = 357248 NO	60 = 7236 NO	40 = 534268 NO	50 = 752386 NO	60 = 6254 NO	40 = 563472 NO	50=859423 NO	60=8927 NO
70=9574 NO	100 = 92 NO	200 = 5 NO	70 = 8453 NO	100 = 85 NO	200 = 3 NO	70 = 2978 NO	100 = 43 NO	200=9 NO

Percepción del Color: 4 1 6 3

EVALUACION OPTOMETRIA**Dial No 2 AGUDEZA VISUAL**

Letras	SI	Numeros	E Direccional	NO	Uso de corrección en el examen	NO	Visión Lejana		Visión Próxima	
							OD	20/20	0.5M	
							OI	20/20	0.5M	
							AO	20/20	0.5M	

Dial No 3 RETINOSCOPIA Ojo Der. N-0.50*0
SUBJETIVO Ojo Izq. N-0.50*0
Ojo Der.

Dial No 4 QUERATOMETRIA Ojo Izq.
Ojo Der.
Ojo Izq.

Dial No 5 FORIAS

LATERAL Normal SI VERTICAL Normal SI

Dial No 8 ESTEREOPSIS**Dial No 8 ESTEREOPSIS**

Angulo a 40 cm en seg de Arco

800

600

400

140

100

80

60

50

40 X

Dial No 6 VISION PEREFERICA

EVALUADA NO Normal NO

Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR

EVALUADA SI Normal SI

TEST DE LA MOSCA**Dial No 9 EVALUACION SEGMENTO EXTERNO**

Ojo Derecho Anormal NO Tipo SIN ALTERACION
Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo SIN ALTERACION

Dial No 10 OFTALMOSCOPIA

Ojo Derecho Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE
Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE

641847 45290

11/01/25 2



INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA
CEMEDICA S.A.S
 Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Teléfono 860839/8830139
 e-mail
PATOLOGIA DE REFRACCION

		Lejos		Cerca	
		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Aguidez Visual Normal	X		X		X
Adecuadamente Corregida					
Inadecuadamente Corregida					
No Corregida					
No requiere Corrección					
Visión de profundidad	Normal SI	Percepción de Colores	Normal SI		
Fuñas	Normal SI	Visión Periférica	Normal NO		
Cumple requerimiento ocupacional	SI	Debe usar corrección para laboral	NO		
Observación	SE RECOMIENDA RX DE PROTECCION				
Diagnóstico	ASTIGMATISMO BAJO AO				
Remisión a:	Ortópica NO	Oftalmología NO	Contactología NO	Control en	1 AÑO
OBSERVACIONES					

APTO
 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paradiagnóstico(s), registrado(s) en este documento.
 El/la doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paradiagnóstico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, los limitaciones y riesgos del examen médico y/o paradiagnóstico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el/los examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará UNIDOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en esta(s) examen(es) están completas y son verídicas. UNIDOS SALUD para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de julio 2007 párrafo del Artículo 10 -

[Firma]
Sonia Ballesteros Poveda
 Optómetra
 Tlf. 1018435574
 2745 CTNPO

[Firma]

Evaluado
 Firma
SONIA LIZETTE BALLESTEROS POVEDA
 Registro Médico 1018435574

Firma Aspirante o Trabajador
LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA
 Documento de identidad CC 52487696



RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO

11/01/25

1

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

E-Mail

Fecha 11/01/2025 Edad 47 A
Paciente: VELANDIA BARAHONA LUZ MARLENY
Dirección DIAGONAL 6 N 6-33 TORRE 15 APA 404 ISERR
Teléfono 3102440063 Identificación CC 52487696
Aseguradora PARTICULAR 1

COLESTEROL TOTAL

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL:	226	Menor de 200 mg/dl
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL):	65.4	H: 30-70 mg/dl M: 30-80
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL):	134	< 140 mg/dl
TRIGLICERIDOS:	132	Menor de 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL:	26	2-30 mg/dl

QUIMICA CLINICA

CREATININA SERICA:	.	H: 0.70-1.30 M: 0.60-1.0
GLICEMIA BASAL:	111	70-110 mg/dl
GLICEMIA POST PRANDIAL:	.	
Observaciones:	.	
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (GOT)	.	HASTA: 40 U/L
TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA (GPT)	.	HASTA: 40 U/L
Observaciones:	.	
HORA DE TOMA DE MUESTRA:	8:30	
HORA ENTREGA DE RESULTADO:	10:30	

Lorena del Pilar Vega Castro
Bacterióloga y Laboratorio Clínico
T.P. 91422445 S. C. S.

BACTERIOLOGA

CEMEDICA S.A.S

Direccion CL 4 NO. 3A-05

Telefono 8660839/8830139

EMail

Fecha 11/01/2025

Edad 47 A

Paciente: VELANDIA BARAHONA LUZ MARLENY

Direccion DIAGONAL 6 N 6-33 TORRE 15 APA 404 ISERR

Telerfono 3102440063

Aseguradora PARTICULAR 1

Identificacion CC 52487696

CUADRO HEMATICO TIPO IV

[illegible]

Lorena del Pilar Vega Castro
Bacteriología y Laboratorio Clínico
T.P. 61226-163 S.D.C.

James W. C.

BACTERIOLOGA

Cajicá, 11 de enero de 2025

Señores
SENA
Ciudad
CAJICA, CUNDINAMARCA

Respetados señores

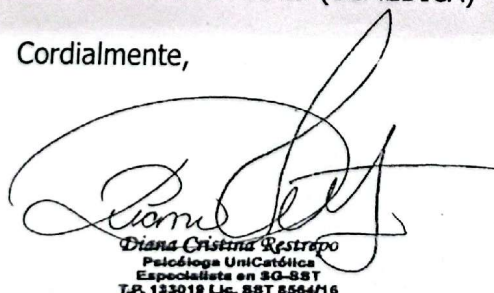
Una vez se llevó a cabo la aplicación e interpretación de la prueba **PSICOMETRICA** a la señora **LUZ MARLENY VELANDIA BARAHONA**, identificada con cédula de ciudadanía número **52.487.696 DE BOGOTÁ**, concluye que los resultados no evidencian la presencia de rasgos de personalidad negativos, ni alteraciones cognitivas que le impidan desarrollar adecuadamente sus funciones y/o afecten la convivencia laboral. Al momento de la entrevista, cuenta con adecuada orientación intrapsíquica y alopsíquica, sus capacidades de atención, concentración, memoria, pensamiento y lenguaje, no evidencian ningún tipo de alteración. Su comprensión es adecuada y su hilaridad en su narrativa es coherente, luego se encuentra entre los parametros normales. Se evidencia un pensamiento estructurado y analítico, condiciones que favorecen la toma de decisiones en su labor como instructor SENA. Adicionalmente no se identificó ningún tipo de consumo o dependencia a sustancias psicoactivas en concordancia con lo evaluado. Se conceptua;

Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

Apto sin recomendaciones

Si se requiere información adicional puede comunicarse con la CENTRAL DE SERVICIOS MÉDICOS CAJICA S.A.S (CEMEDICA)

Cordialmente,



Diana Cristina Restrepo
Psicóloga UniCatólica
Especialista en SG-SST
T.P. 133019 Lic. SST 8564/16

Diana Cristina Restrepo
Psicóloga Esp. SG-SST
T.P.Nº 133019
LSST. 8564

Dirección: Calle 4 # 3 A - 05 Cajicá - Cundinamarca

PBX: 8660839 - 8830139 - 8661022 - 8637330 Cel. 3103430937 - 3118972562

E mail: csmcajica@cemedica.com.co - csmcajica@hotmail.com

www.cemedica.com.co