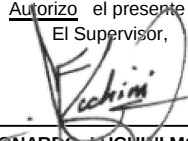


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	25
			Código Centro	951310
			Fecha Elaboración	Junio de 2026
			Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	07498-922219
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: LINA PAOLA ALVIS NIETO		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía: 1.070.004.970		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: lpalvis@sena.edu.co		Número de Cuenta: 20147495316		
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO
Inducción SST: SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2025		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 8957992/2026		Nº Compromiso SIIF 7526		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 DE LA		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/06/2026 Al 30/06/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 30.319.981
Número de pago 5		Valor Total del Contrato:		\$ 48.796.219
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 25.582.484
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.737.497		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		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 \$ 2.925.497		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Junio	Mayo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.925.497,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9506199247	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 Retencion 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		\$ 287.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$37.927.505		\$ 975.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 3.792.000				
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				
REUNIÓN GENERAL EQUIPO FORMACIÓN VIRTUAL				
REUNIÓN CON LOS EEF EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN				
SEGUIMIENTO A FICHAS DE BASE FICHAS 3070370-3185814 TECNÓLOGO ANIMACIÓN DIGITAL				
FICHAS N° 3152373-3269302 COORDINACIÓN DE PROCESOS LOGÍSTICOS				
FORMACIÓN PROFESIONAL EN LA COMPETENCIA DE ÉTICA Y CULTURA DE PAZ				
FICHAS N° 3136166 3135335 TECNÓLOGO EN ANIMACIÓN DIGITAL				
FICHAS N° 3118579 3118370 TECNÓLOGO EN COORDINACIÓN DE PROCESOS LOGÍSTICOS				
FICHAS N° 3387770 3387779 TECNÓLOGO EN OPERACIONES COMERCIALES EN RETAIL				
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			 LINA PAOLA ALVIS NIETO 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 GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070004970		ALVIS NIETO LINA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda chaleche finca el espino	GUATAVITA-CUNDINAMARCA	5555555	No

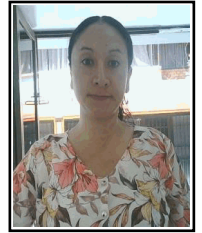
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	379876232	9506199247	I	2026/06/18	2026/06/10	BANCOLOMBIA	\$587,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$1,894,998	\$37,900			\$1,894,998	\$9,900	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$1,894,998	\$37,900			\$1,894,998	\$9,900	
Ciudad: GUATAVITA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$1,894,998	\$37,900			\$1,894,998	\$9,900	
1	CC	1070004970	ALVIS LINA	230301	30	\$1,894,998	\$303,200	EPS005	30	\$1,894,998	\$236,900	CCF24	30	\$1,894,998	\$37,900	14-23	30	\$1,894,998	\$9,900
Total Afiliados(1)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$1,894,998	\$37,900			\$1,894,998	\$9,900	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070004970		ALVIS NIETO LINA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda chaleche finca el espino	GUATAVITA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	379876232	9506199247	I	2026/06/18	2026/06/10	BANCOLOMBIA	0	\$587,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,900	\$0	\$0	\$37,900	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$37,900	\$0	\$0	\$37,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
TOTAL				1	\$587,900	\$0	\$0	\$587,900	



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

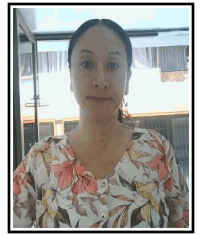
N° 57.673

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	02 MES	2024 AÑO	TOCANCIPÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTE				INDEPENDIENTE			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ALVIS NIETO LINA PAOLA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	37 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS	CC	1070004970
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INSTRUCTOR SENA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)				CONSULTA DE OPTOMETRIA			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				PERFIL LIPIDICO			
GLICEMIA				ANEXO CARDIOVASCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo al Dr.(a) abajo mencionado de realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Dr. (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Informo que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo a ACR VITAL LABORAL SAS, para que suministre a las personas o entidades contempladas, la información contemplada en este documento, igualmente para que remitan mi historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado y entiendo que para ello ACR VITAL LABORAL SAS maneja dicha información acorde a lo contemplado en la ley 1581 de del 2012 de Haveas Data. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior que tales espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: 				 Firma: _____			
Nombre: DELIA ADRIANA CUY RIVERA				Nombre: ALVIS NIETO LINA PAOLA			
R. M.: 25-5981 DE 2015 L.S.O.:				CC: 1070004970			



Código de Seguridad

0705U1A57673



EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: TOCANCIPÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) 19/02/2024 - 09:48 A. M.
Tipo Evaluación Médica o Procedimiento: EXAMEN MEDICO INGRESO
Empresa Donde Labora, Laborará o Laboró: INDEPENDIENTE (NO ESPECIFICADA) Actividad Económica: NO ESPECIFICADA
CC: 1070004970 Nombre del Trabajador a Aspirante: ALVIS NIETO LINA PAOLA Genero: FEMENINO Edad: 37 AÑOS 5
Estado Civil: UNIÓN LIBRE Nivel Educativo: UNIVERSITARIO E.P.S: NO REFIERE A.F.P: NO REFIERE A.R.L: NO REFIERE
Tipo de Sangre: A + N° Hijos 1 Ingresos: Jornada Laboral: DIURNA Area del Cargo: OPERATIVA
Profesión o Cargo: INSTRUCTOR SENA Funciones del Cargo:

Motivo Consulta

NO APLICA

Elementos de Protección Personal (En la última labor o labor actual)

Casco ☐ Gorro ☐ Respirador ☐ Gafas ☐ Peto ☐ Bata ☐ Overol ☐ Delantal de Plomo ☐ Ropa Térmica ☐
Auditivo ☐ Careta ☐ Tapabocas ☐ Guantes ☐ Cinturon ☐ Botas ☐ Polainas ☐ Otro ☐ Cual _____

NO REFIERE ANTECEDENTES Y RIESGOS OCUPACIONALES

NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES

NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Observación
ASMA	NO REFIERE
CÁNCER	NO REFIERE
DIABETES	NO REFIERE
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE
COLAGENOSIS	NO REFIERE
PATOLOGÍAS TIROIDEAS	NO REFIERE
OTROS ¿CUÁLES?	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad	Observación
PATOLÓGICOS	NO REFIERE
QUIRÚRGICOS	LEGRADO UTERINO POR PRESENCIA DE RESTOS PLACENTARIOS, 2013
TRAUMÁTICOS	ACCIDENTE DE TRANSITO FRACTURA DE CLAVICULA
FARMACOLÓGICOS	NO REFIERE
ALÉRGICOS	PENICILINA
PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
FOBIAS	NO REFIERE
OTRO, DESCRÍBALO	NO REFIERE

GINECO OBSTÉTRICOS

Enfermedad	Observación
------------	-------------

MENARQUIA	NO REFIERE
CICLO MENSTRUAL	REGULAR
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACION	25/01/2024
DISMENORREA	NO
N° GESTACIONES	1
N° PARTOS	1
N° CESÁREAS	0
N° ABORTOS	0
N° HIJOS VIVOS	1
N° EMBARAZOS ECTÓPICOS	0
N° MORTINATOS	0
FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA	NO REFIERE
RESULTADO ÚLTIMA CITOLOGÍA	NORMAL
¿VIDA SEXUAL ACTIVA?	SI
MÉTODO PLANIFICACION FAM.	NINGUNO

Antecedentes Personales por Sistemas			
Nombre del Sistema	Patológicos	Quirúrgicos	Traumáticos
BOCA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CABEZA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CUELLO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
GARGANTA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
NARIZ	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OIDOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OJOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PIEL Y ANEXOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PSIQUIÁTRICO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA CIRCULATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA ENDOCRINO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GASTROINTESTINAL	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GENITOURINARIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA NERVIOSO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA RESPIRATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA

Observaciones Adicionales a los Antecedentes

Revisión Por Sistemas	
Nombre del Sistema	Hallazgo
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLOGICO	ASINTOMÁTICO
DIGESTIVO	ASINTOMÁTICO
GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPUTACIONES A NIVEL OSTEOMUSCULAR	NO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO
OBSERVACIONES	NO APLICA
OCULAR	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
OTORRINOLARINGOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
OTROS SISTEMAS	NO APLICA
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO
RESPIRATORIO	ASINTOMÁTICO

ACTIVIDAD FÍSICA				
Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
ACTIVIDADES MANUALES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
EJERCICIOS O DEPORTES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA

HÁBITOS TÓXICOS				
Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO
FUMADOR ACTUAL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
EX FUMADOR	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO

NO REFIERE VACUNAS

Examen Fisico

Aspecto General

NO APLICA

Signos Vitales

Tension Arterial:

107 / 78

Frecuencia Cardiaca:

67 x minuto

Frecuencia Respiratoria:

10 x minuto

Pulsioximetría:

%

Temperatura:

36.00 °C

Lateralidad Dominante:

DIESTRO

Peso:

66.00 kg

Talla:

167 cm

IMC:

23.67 - PESO NORMAL

Biotipo:

Perimetro Abdominal:

cm

Interpretación:

Tegumentario	
Organo	Hallazgo
CICATRICES	NINGUNA
PIEL Y FANERAS	NORMAL
TATUAJES	NO TIENE

Cuello	
Organo	Hallazgo
ADENOPATÍAS	NO
FARINGE	NORMAL
INGURGITACION YUGULAR	NO
MASAS	NO
MOVILIDAD	NORMAL
PALPACION	NORMAL

Tórax	
Organo	Hallazgo
EXPANSIÓN TORÁCICA	SIMÉTRICA NORMAL
GANGLIOS AXILARES	NEGATIVO
INSPECCION	NORMAL
MAMAS Y PEZÓN	NORMALES

Cabeza	
Organo	Hallazgo
CRÁNEO	NORMOCÉFALO
CUERO CABELLUDO	NORMAL

Cardio Pulmonar	
Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN PULMONAR	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS

CARDIOVASCULAR	NORMAL
RUIDOS CARDIACOS	RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS
Abdomen	
Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN	RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES
INSPECCIÓN	NORMAL
PALPACIÓN	BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS
Genitales	
Organo	Hallazgo
GENITALES EXTERNOS	NORMAL
Miembros Superiores	
Organo	Hallazgo
MANIOBRA DE FINKELSTEIN	NEGATIVO
OTRA PRUEBA	NO APLICA
PINZAMIENTO SUBACROMIAL	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN INVERSO	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPICONDILITIS	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPITROCLEITIS	NEGATIVO
SIGNO DE TINEL	NEGATIVO
Ojos	
Organo	Hallazgo
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	NO
ESTRABISMO	NO
EXAMEN EXTERNO	NORMAL AMBOS OJOS
FONDO DE OJO	NORMAL
ESCLERAS COLOR	ANICTERICAS
PUPILAS	NORMORREACTIVA A LA LUZ
Miembros Inferiores	
Organo	Hallazgo
LESIONES VASCULARES	NO PRESENTA
OTRA PRUEBA	NO APLICA
REFLEJO AQUILIANO	NEGATIVO
RODILLAS LIGAMENTOS	NEGATIVO
RODILLAS PATELLA	NEGATIVO
TEST DE LASEGUE	NEGATIVO
Columna	
Organo	Hallazgo
MASAS O ESPASMOS	NO
PRESENTA DOLOR	NO
INSPECCION	NORMAL
PRUEBA DE SCHOBER	NORMAL
ROTACIÓN	NORMAL
TEST DE WELLS	NORMAL
ALINEACIÓN	NORMAL
FLEXIÓN LATERAL	NORMAL
Postura / Simetría	
Organo	Hallazgo

PRUEBA DE ELASTICIDAD	NORMAL
PRUEBA DE HIPEREXTENSIÓN	NEGATIVA
SIMETRÍA DE CADERA	NORMAL
SIMETRÍA DE HOMBROS	NORMAL
TROFISMO MUSCULAR	NORMAL

Oídos	
Organo	Hallazgo
PABELLÓN	NORMAL
TIMPANOS	NORMAL

Neurológico	
Organo	Hallazgo
FUERZA MUSCULAR	NORMAL
NISTAGMUS	NEGATIVO
PRUEBA DE UNTERBERGER	NEGATIVO
PRUEBA ÍNDICE NARÍZ	NORMAL
ROMBERG SENSIBILIZADO	NEGATIVO
SENSIBILIDAD	CONSERVADA NORMAL
TEST DE ROMBERG	NEGATIVO

Oídos	
Organo	Hallazgo
EXAMEN EXTERNO	NORMAL
OTOSCOPIA	NORMAL

Nariz	
Organo	Hallazgo
EPISTAXIS	NO PRESENTA
RINORREA	NO PRESENTA
TABIQUE	NORMAL
RINOSCOPIA	NORMAL

Boca	
Organo	Hallazgo
DENTADURA	COMPLETA
LENGUA	EUTRÓFICA
MUCOSA ORAL	HÚMEDA

Ampliación de los Hallazgos
NO APLICA

CONSULTAS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		OK
CONSULTA DE OPTOMETRIA		EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

LABORATORIOS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)		NO APLICA
GLICEMIA		NO APLICA
PERFIL LIPIDICO	N	NO APLICA
ANEXO CARDIOVASCULAR	N	OK

Observaciones de los Exámenes Paraclínicos y/o Procedimientos Realizados en Ésta Atención			
NO APLICA			

Código	Diagnósticos	Origen	Tipo
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Análisis y Plan de Tratamiento	
NO APLICA	

Concepto Ocupacional	Observacion Concepto Ocupacional
APTO	NO APLICA

Requisito Salud	Cumple
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

SIN REQUISITOS DE SALUD		
-------------------------	--	--

Restricciones Laborales	Tipo	Recomendaciones
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

SIN RESTRICCIONES LABORALES	
-----------------------------	--

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
HÁBITOS SALUDABLES	
DIETA BALANCEADA	

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
USO DE EPP	
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Otras Observaciones y Recomendaciones	

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0			
Nombre del Medicamento	Posología	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN A SERVICIOS N° 0			
Nombre del Servicio	Observaciones	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0		
Nombre de la Especialidad	Motivo de la Remisión	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

NO REFIERE EVOLUCIONES ESTA ATENCIÓN	
--------------------------------------	--

MÉDICO

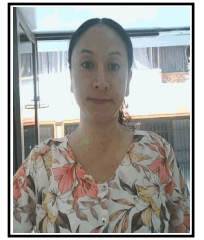
Firma: 
Nombre: DELIA ADRIANA CUY RIVERA
R. M.: 25-5981 DE 2015 L.S.O.: _____



Código de Seguridad
M705S7Y57673

TRABAJADOR

Firma: 
Nombre: ALVIS NIETO LINA PAOLA
CC: 1070004970



EXAMEN DE CONSULTA DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 26,516

Fecha: 19/02/2024 Municipio: TOCANCIPÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) CC: 1070004970 Nombre: ALVIS NIETO LINA PAOLA Edad: 37 AÑOS 5
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR SENA Empresa: INDEPENDIENTE
Eps: Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MEDICO INGRESO F. Último Examen: 5 MESES
Lugar del Último Examen: BOGOTA Motivo Consulta: CONTROL INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	HIPERTENSION , ENFERMEDADES CORONARIAS , DIABETES ABUELA
ANTECEDENTES PERSONALES	ACCIDENTE DE TRANSITO FRACTURA DE CLAVICULA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.50	.	N/A		20/ .	.
O.I:	NO APLICA	20/ 20	0.50	.	N/A		20/ .	.
A.O:	NO APLICA	20/ 20	0.50	.	N/A		20/ .	.

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: SEGMENTO ANTERIOR SANO

OJO IZQUIERDO: SEGMENTO ANTERIOR SANO

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL

VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: EXCAVACION 0.55 RELACION ARTERIA VENA 2/3 RELACION ISNT CONSERVADA MACULA SANA

OJO IZQUIERDO: EXCAVACION 0.55 RELACION ARTERIA VENA 2/3 RELACION ISNT CONSERVADA MACULA SANA

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' =

OJO DERECHO: K' =

REFRACCIÓN

OJO DERECHO NEUTRO AV VL 20/ 20

OJO IZQUIERDO NEUTRO AV VL 20/ 20

RX FINAL

OJO IZQUIERDO NEUTRO AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 0.5 ADD .

OJO DERECHO NEUTRO AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 0.5 ADD .

VISIÓN COLOROJO DERECHO: **NORMAL**OJO IZQUIERDO: **NORMAL****ESTEREOPSIS**OBSERVACIÓN: **NORMAL**

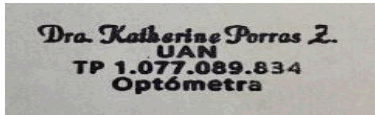
CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE SANO

OPTOMETRA

Firma: _____

Nombre: PORRAS ZAMORA KATHERINE DANIELA

R. M.: 1077089834

L.S.O.: _____

Código de Seguridad
J705P3V26516**PACIENTE**

Firma: _____

Nombre: ALVIS NIETO LINA PAOLA

CC: 1070004970



LABORATORIO CLINICO

DRA. LILIANA FONSECA CUESTAS- BACTERIOLOGA U. JAVERIANA
Carrera 2 No. 4 - 14 Tel. 8572545 -cel. 3125156955 Sopó - Cundinamarca

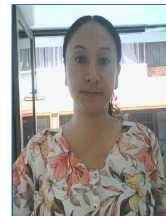
NOMBRE	LINA PAOLA ALVIS NIETO	No. Orden	20024-02-19-1
DOCUMENTO	C.C. 1,070,004,970	MEDICO	PARTICULAR
EDAD	37 AÑOS	EMPRESA	ACR VITAL LABORAL
		FECHA	FEBRERO 19 DE 2024

	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
CUADRO HEMATICO			
Hematocrito	45	%	Hombres: 40-52%-Mujeres: 38-48%
Hemoglobina	14,8	g%	Hombres:13,5-18 gr/dl - Mujeres: 12-16 gr/dl
Rto. Blancos	6900	x mm3	5,000 - 10,000
Neutrofilos	65	%	25-70
Linfocitos	35	%	20-35
Monocitos	0	%	0-3
Eosinofilos	0	%	0-5
Basofilos	0	%	0-2
VSG : 1 HORA	2	mm/h	0-10
Rto.Plaquetas	359800	x mm3	150,000 a 450,000

Dra. Liliana Fonseca C
Bacterióloga
Reg. 25-2776/00
Liliana Fonseca



Calle 7 No. 7 - 20 Tocancipa, Cundinamarca
Cel. 3187174139 - 3166282144
E-mail. acrvitallaboralsas@gmail.com
www.acrvitallaboral.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

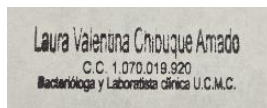
Lugar del Examen: TOCANCIPÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Fecha: 19/02/2024
Número de Identificación: 1070004970 Nombre: ALVIS NIETO LINA PAOLA Genero: FEMENINO
Fecha de Nacimiento: 04/09/1986 Edad: 37 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS Estado Civil: UNIÓN LIBRE

RESULTADO DE GLICEMIA

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA	75	mg/dl	70-110

Bacteriólogo

Firma:



Paciente

Firma:

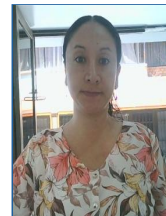
Nombre: CHIBUQUE AMADO LAURA VALENTINARM: 1070019920

Codigo de Seguridad

X705D32J11349Nombre: ALVIS NIETO LINA PAOLACC: 1070004970



Calle 7 No. 7 - 20 Tocancipa, Cundinamarca
Cel. 3187174139 - 3166282144
E-mail. acrvitallaboralsas@gmail.com
www.acrvitallaboral.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

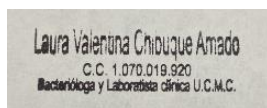
Lugar del Examen: TOCANCIPÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Fecha: 19/02/2024
Número de Identificación: 1070004970 Nombre: ALVIS NIETO LINA PAOLA Genero: FEMENINO
Fecha de Nacimiento: 04/09/1986 Edad: 37 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS Estado Civil: UNIÓN LIBRE

RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

ANALITO	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	101	mg/dl	Hasta 200
COLESTEROL HDL	50	mg/dl	40- 60
COLESTEROL LDL	35	mg/dl	50-130
TRIGLICERIDOS	80	mg/dl	OPTIMO: Hasta 150 RIESGO BAJO: 150-200 MEDIO: 200 a 250

Bacteriólogo

Firma:



Paciente

Firma:

Nombre: CHIBUQUE AMADO LAURA VALENTINARM: 1070019920

Codigo de Seguridad

O705U32A11350Nombre: ALVIS NIETO LINA PAOLACC: 1070004970

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141129959777



(415)7707212489984(8020) 000014112995977 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 7 0 0 0 4 9 7 0

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 7 0 0 0 4 9 7 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Cajicá

1 2 6

31. Primer apellido

ALVIS

32. Segundo apellido

NIETO

33. Primer nombre

LINA

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Guatavita

3 2 6

41. Dirección principal

VDA CHALECHE FINCA EL ESPINO

42. Correo electrónico

lina-alvis@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 2 8 5 9 7 9 4

45. Teléfono 2

3 1 9 2 2 9 6 7 9 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 4 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 2 0 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

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																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo