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 DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**30 Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**56587-637307**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	14.396.227	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jaguilars@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	86955447095
IP/Nº de contacto:	16989	**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 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	6712067/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**83824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA TEMÁTICA DE LOGÍSTICA Y RED DE CONOCIMIENTO LOGÍSTICA Y GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN EN LA MODALIDAD VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**04/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.182.854
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 15.182.854
Valor Bruto Pago:	**$ 4.018.991,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.163.863

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.018.991	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.018.991**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.664.291**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1066546466**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.607.596	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 201.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 257.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.400	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 888.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.664.291,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.560.691,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	34.396,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.984.595,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Preparar, orientar, desarrollar, apoyar y evaluar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de formación conforme

Fichas 2879814, - 2879813 - 2931230 - 2977714 -2879816 - 3069258

Emitir los juicios de evaluación de manera objetiva e integral con base en los criterios de evaluación y la ruta de aprendiza

Fichas 2879814, - 2879813 - 2931230 - 2977714 -2879816 - 3069258

Registrar los juicios evaluativos en la plataforma SenaSofiaPlus, máximo ocho (8) días hábiles después de entregadas las evidencia

Fichas 2879814, - 2879813 - 2931230 - 2977714 -2879816 - 3069258

Verificar en la plataforma establecida por la entidad la existencia de las evidencias que soportan el cumplimiento de los diferentes

Fichas 2879814, - 2879813 - 2931230 - 2977714 -2879816 - 3069258

Las demás que sean necesarias para el cumplimiento del objeto del contrato. EL CONTRATISTA el presente pago. Autorizo El Supervis

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

JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA
INSTRUCTOR G20

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

23/09/24 14:19:08 USUARIO: SIC - C.C. 14396227

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-09-18, 09:27:42 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066546466

Periodo Cotización: agosto de 2024 **Periodo Servicio:** agosto de 2024

PAGADO 13/09/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE AGUILAR SANCHEZ		
Documento	CC14396227	**Dirección**	CR 16 #136 - 68
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2617001
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 14396227	JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.400.000	$ 384.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.400.000	$ 300.000	0,522	$ 2.400.000	$ 12.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 696.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.400.000	$ 2.400.000	$ 2.400.000	$ 0	$ 384.000	$ 300.000	$ 12.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 696.600	$ 3.700	$ 700.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14918045044

(415)7707212489984(8020) 000001491804504 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 4 3 9 6 2 2 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AGUILAR	SANCHEZ	JOSE	EDWIN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
CICLOPACK COLOMBIA	

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 16 136 68

42. Correo electrónico: jeas8@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 5 7 8 3 8 1 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 1 5 0 1 0 1	4 7 9 1	2 0 2 0 1 1 1 0	4 7 7 4			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 06 - 02 / 09 : 16: 10

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 MARTAN RAMOS JONATHAN DAVID

985. Cargo Gestor III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14918045044

(415)7707212489984(8020) **000001491804504 4**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 2 0 1 1 1 0	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 0 1 1 1 0	
77. No. Matrícula mercantil	0 3 3 0 7 7 9 3	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	

Vigencia

80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14918045044

(415)7707212489984(8020) **000001491804504 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de otros productos n.c.p. 4 6 6 9	

162. Nombre del establecimiento: CICLOPACK COLOMBIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CR 16 136 68

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 3 3 0 2 1 6 9	2 0 2 0 1 0 2 7	
168. Teléfono: 3 1 5 5 7 8 3 8 1 7	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

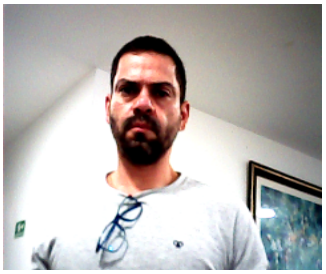
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604
Web: www.labintox.com
Email: labintox@hotmail.com

FECHA DE EXAMEN 2024-02-13
TIPO DE EXAMEN PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres AGUILAR SANCHEZ JOSE EDWIN Identificación CC Nro 14396227
Fecha de Nacimiento 1982-08-02 **Edad** 41 **Sexo** M
ARL NO REFIERE
EPS SANITAS E.P.S. S.A. **AFP** COLPENSIONES
Empresa PARTICULAR
Actividad Ecónomica **Ciudad De Atencion** Bogotá, D.C.
Cargo INSTRUCTOR
Fecha Ingreso 2024-02-13 07:52:02

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA
EXAMEN PSICOMETRICO
HISTORIA CLINICA AUDITIVO
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO HOMBRES
GLICEMIA PRE
PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO APTO

OBSERVACIONES Cumplimiento de normas de ergonomía y seguridad, Se realizó EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO, CARDIOVASCULAR, PSICOMETRICO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, PRUEBA PSICOMETRICA, TEST DE WARTEGG. APTO PARA EL CARGO DE INSTRUCTOR.

RECOMENDACIONES

OTRAS: SI Pausas activas, hábitos de vida sana, ejercicio aeróbico 150 minutos semanales, uso de lentes correctivos permanentes, capacitación según plan de trabajo del SGSST, control ocupacional periódico según la periodicidad del cargo.
Riesgo cardiovascular framingham: evento coronario a 10 años 4 % riesgo bajo.

CONTROLES

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado.
Certifico que las respuestas dadas por mi, en este examen y registrado en este documento están completas y son verídicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda cohersion y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Fuí informado de las medidas que LABINTOX S.A.S tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a LABINTOX S.A.S para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

Dr. Juan Carlos Gómez D.
R.M. No. 79.471.633
Médico Especialista SST.
Lic. SST. 11401/2018

Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604
Web: www.labintox.com
Email: labintox@hotmail.com

JUAN CARLOS GOMEZ DE LA ROSA
RM: RES. 11401 de 01/10/2018
Firma y sello del médico siplasdor

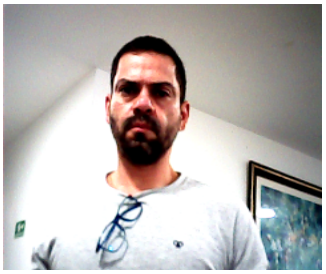
JOSE EDWIN
CC 14396227
Firma del trabajador siplasdo

Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2024/02/13
www.labintox.com

FECHA DE EXAMEN 2024-02-13
TIPO DE EXAMEN PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ			Identificación CC	Nro 14396227
Fecha de Nacimiento	1982-08-02	**Edad**	41	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR				
Cargo	INSTRUCTOR				
		Fecha Ingreso	2024-02-13 07:52:02		
		Fecha Salida	2024-02-13 16:23:20		

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa

Nombre Empresa Contratante	Tipo Actividad Empresa Contratante	Nombre Empresa Usuaria
UNIEMPRESARIAL		UNIEMPRESARIAL

Cargos

Empresa	UNIEMPRESARIAL					Area			
Cargo	DOCENTE								
Horario	Diurno	S	Nocturno	N	Rotativo		A.R.P		
Antiguedad en el Cargo	2 AÑOS		Antiguedad en la Empresa		2 AÑOS		Antiguedad en el Oficio		

Enfermedades de origen profesional diagnosticadas en la Empresa o en otras Empresas

Fecha del Diágnostico	Empresa donde se diagnosticó	Diágnostico
		NO

Accidentes de trabajo sufridos en la Empresa o en Empresas

Fecha Accidente de Tbj.	Lesión	Secuelas	Dias Incapacidad	Arl Accidente	Diágnostico Accidente
	NO				

Reubicación Laboral en la Empresa o en Empresas

Cargo Previo	Cargo Posterior	Causa	AT	EP	EG	Tiempo Reub.

Observaciones

Exposición a Factores de riesgo Laborales

Tipo	Riesgo	Cargo	Expuesto	Protección
RIESGOS FISICOS	RADIACION NO IONIZANTE	DOCENTE		NO
RIESGOS ERGONOMICOS	DERIVADOS DE LA POSTURA	DOCENTE		NO
RIESGOS ERGONOMICOS	DERIVADOS DEL MOVIMIENTO	DOCENTE		NO
RIESGOS PSICOSOCIALES	DERIVADOS DE LA TAREA	DOCENTE		NO

TIPO EXAMEN

ENFASIS — ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS EMPRESA

CARGO	INSTRUCTOR
AREA TRABAJO	DOCENCIA
TURNO TRABAJO	DIURNO
FECHA DE INGRESO	2024-01-26
CIUDAD DE ATENCION	BOGOTA D.C

INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO

MAQUINARIA, EQUIPOS UTILIZADOS Y HERRAMIENTAS	COMPUTADOR, VIDEO BEAM , LIBROS
DESCRIPCION DE FUNCIONES	INSTRUCTOR DE FINANZAS Y ECONOMIA
MATERIA PRIMA UTILIZADA	NO

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESAS ANTERIORES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO
ENFERMEDAD PROFESIONAL	NO
ACCIDENTE LABORAL	NO

HABITOS

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

PRACTICA DEPORTE	SI	CARDIO, PESAS
FRECUENCIA DEPORTE	DIARIO	
LESIONES DEPORTIVAS	NO	
OTRAS ACTIVIDADES EXTRALABORALES	NO	

TABAQUISMO

FUMA	SI
CIGARRILLOS DIA	3 CIGARRILLOS POR DIA
EXFUMADOR	NO

ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

ALCOHOL	SI	GINEBRA
ALCOHOL FRECUENCIA	SI	MENSUAL
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO	

ESTADO DE SALUD ACTUAL

ESTADO DE SALUD ACTUAL	ASINTOMATICO

ANTECEDENTES PERSONALES

QUIRURGICOS	SI	OSTEOTOMA MAS INJERTO HUESO TIBIA DERECHA. AMIGDALECTOMIA CITUGIA REFRACTIVA MASTECTOMIA BILAETRAL POR GINECOMASTIA HACE 20 AÑOS
HERNIAS	NO	
PATOLOGICOS	NO	
TRAUMATICOS	NO	
LUMBAGO	NO	
TRASTORNOS VISUALES	SI	MIOPIA ASTIGMATISMO
ALERGIAS	NO	
TRASTORNOS AUDITIVOS	NO	
EPILEPSIA	NO	
LESION PIEL	NO	
TRASTORNOS MENTALES	NO	
SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO	NO	
HIPERTENSION	NO	
DIABETES	NO	
GASTRITIS	NO	
VARICES	NO	
ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	MADRTE Y HERMANA HTA
DESCRIPCION	MEDICACION ACTUAL ATORVASTATINA TAB 20 MGRS DIA VACUNACION COVID 19 (PFIZER 3 DOSIS)	

ESPECIFICO PARA TRABAJO EN ALTURAS

ALTERACIONES NEUROLOGICAS	NO APLICA
HIPOGLICEMIA	NO

DISLIPIDEMAS	NO APLICA
MAREOS	NO
VERTIGO	NO
FOBIA A LAS ALTURAS	NO APLICA
DESMAYOS	NO

ANTECENTES GINECOLOGICOS

ANTECENTES GINECOBSTETRICOS

EXAMEN FISICO

DOMINANCIA

DOMINANCIA	DIESTRO

SIGNOS VITALES

PESO (KG)	81.9
TALLA (CM)	180
IMC (M2)	25.28
CLASIFICACION	Sobrepeso
FC (MIN)	72
FRECUENCIA RESPIRATORIA (min)	16
TA (MMHG)	120/70
PERIMETRO ABDOMINAL	86

ORGANO O SISTEMA

CABEZA Y CUELLO	NORMAL	
OJOS	NORMAL	
NARIZ	NORMAL	
OIDOS	NORMAL	
OROFARINGE	NORMAL	
TORAX	NORMAL	
CARDIORESPIRATORIO	NORMAL	
ABDOMEN	NORMAL	
COLUMNA VERTEBRAL	NORMAL	
DORSO	NORMAL	
PIEL ANEXOS	NORMAL	
SISTEMA NERVIOSO	NORMAL	
EXTREMIDADES	NORMAL	
VARICES	ANORMAL	VARICES GRADO I MIEMBROS INFERIORES
GENITOURINARIO	NORMAL	
DESCRIPCION DE HALLAZGOS ENCONTRADOS	FILKELSTEIN NEGATIVO BILATERAL LASEGUE NORMAL TEST DE WELLS GRADO III BALANCE PELVICO NORMAL COORDINACION ADECUADA	

TINEL

TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

PHALEN

PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y FUERZA MUSCULAR

DAFAULT

REFLEJOS	32273

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMENES AUXILIARES

AUDIOMETRIA TAMIZ	AUDICION NORMAL BILATERAL
OPTOMETRIA	PENDIENTE ACTUALIZAR RX PARA CAMBIO DE CORRECCION QUE MEJORE AV EN VL Y VP, REQUIERE GAFAS PARA DESEMPEÑAR SU TRABAJO
VISIOMETRIA	NO
OTROS	CUADRO HEMATICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, LEUCOCITOS NORMAL, NEUTROFILOS NORMAL, ERITROCITOS NORMAL, HEMOGLOBINA NORMAL, HEMATOCRITO NORMAL , PLAQUETAS NORMAL, COLESTEROL TOTAL HDL 48, LDL 162, COLESTEROL TOTAL 230, TRIGLICERIDOSA 137, GLICEMIA 96 TEST DE

WARTEGG EVALUACION PSICOLOGICA, PRUEBA PSICOMETRICA APTO SIN RESTRICICONES

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	I839: Venas varicosas de los miembros inferiores sin úlcera ni inflamación
DIAGNOSTICO 2	R635: Aumento anormal de peso
DIAGNOSTICO 3	H522: Astigmatismo

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO
SOSPECHA ENFERMEDAD PROFESIONAL	NO
TIPO DE RESTRICCION O LIMITACIONES	NO
OBSERVACIONES	Cumplimiento de normas de ergonomía y seguridad, Se realizó EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO, CARDIOVASCULAR, PSICOMETRICO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, PRUEBA PSICOMETRICA, TEST DE WARTEGG. APTO PARA EL CARGO DE INSTRUCTOR.

CONTROLES

CONDICION VISUAL	NO
CONDICION VISUAL	NO
CONDICION AUDITIVA	NO
RIESGO BIOMECANICO	NO
DETERIORO POR TRAUMA ACUMULATIVO (D.T.A)	NO
CARDIOVASCULAR	NO
RIESGO QUIMICO	NO
PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES	NO

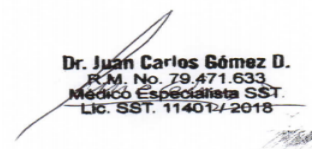
HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

RECOMENDACIONES

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

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



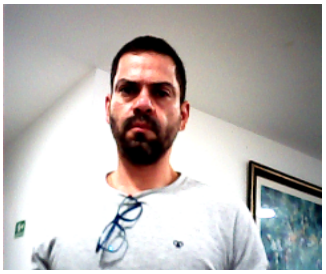
JUAN CARLOS GOMEZ DE LA ROSA
RM: RES. 11401 de 01/10/2018
Firma y sello del médico evaluador

JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ
CC 14396227
Firma del trabajador evaluado

HISTORIA CLINICA AUDITIVO

Fecha de impresión: 2024/02/13
www.labintox.com

FECHA DE EXAMEN 2024-02-13
TIPO DE EXAMEN PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ			Identificación CC	Nro 14396227
Fecha de Nacimiento	1982-08-02	**Edad**	41	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR				
Cargo	INSTRUCTOR				
		Fecha Ingreso	2024-02-13 07:50:53		
		Fecha Salida	2024-02-13 07:51:01		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

CARGO	INSTRUCTOR

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO	
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO	
ALTERACION DE LA AUDICION	NO	
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	SI	1H/DIA
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	INSTRUCTOR
TIEMPO EN EL CARGO	18 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	COPA

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	AUDICION NORMAL BILATERAL

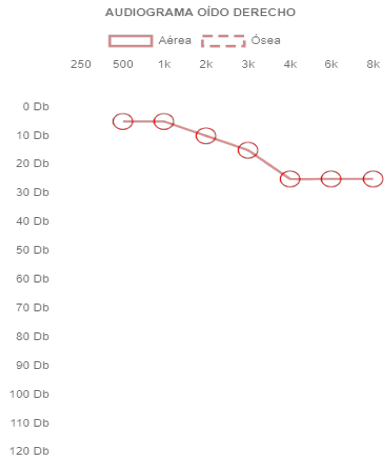
CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

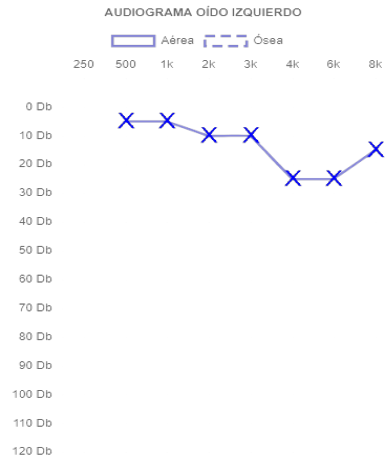
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	

COMPLEMENTARIOS
CONDUCIR CON LAS VENTANAS CERRADAS 00

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				5			5			10			15			25			25			25		
OI				5			5			10			10			25			25			15		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

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

AUDIOMETRIA BASE

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

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS NO
ALTERACION DE LA AUDICION NO
DOLOR DE OIDOS NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS SI 1H/DIA
REALIZO POLIGONO NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO INSTRUCTOR
TIEMPO EN EL CARGO 18 AÑOS

NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	COPA

INTERPRETACION

PTA OD (500, 1K, 2K y 3K)	8.75
PTA OI (500, 1K, 2K y 3K)	7.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	AUDICION NORMAL BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	Z100: Examen de salud ocupacional

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

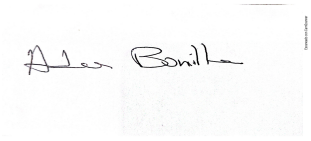
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	
CONDUCIR CON LAS VENTANAS CERRADAS	00	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

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

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

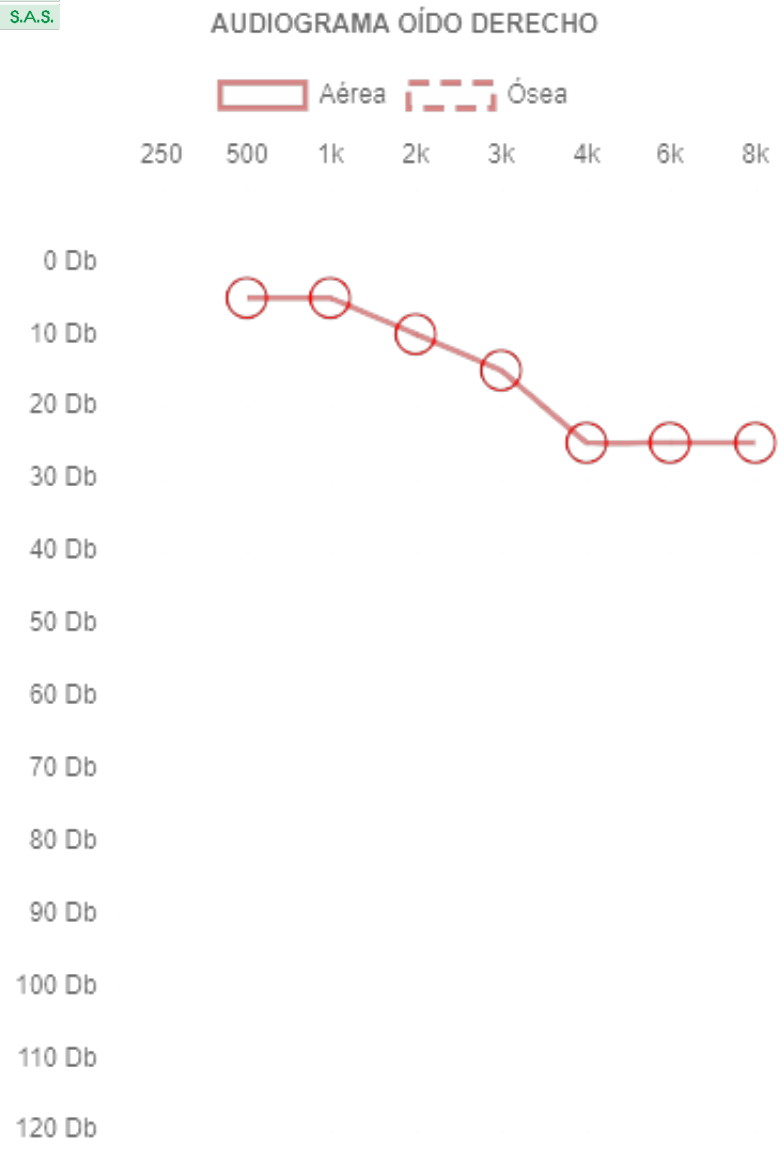


ADA PATRICIA BONILLA BONILLA
RM: 1
Firma y sello del médico evaluador

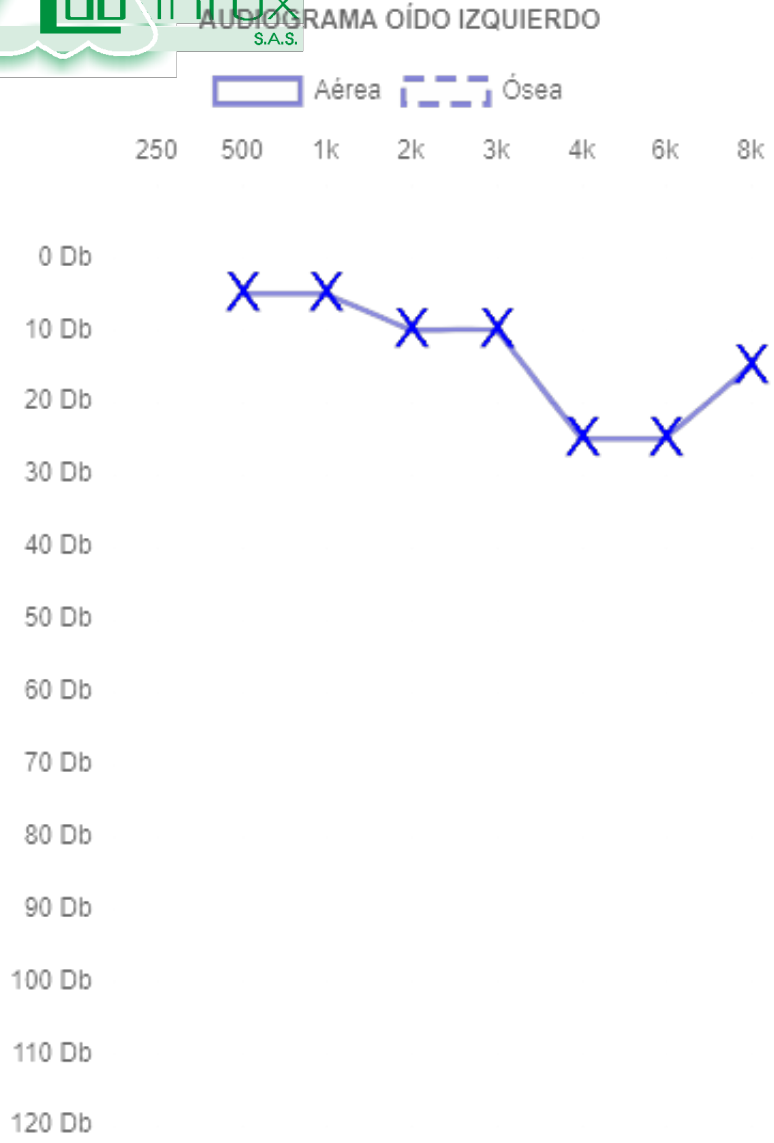


JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ
CC 14396227
Firma del trabajador evaluado

Imagenes anexas



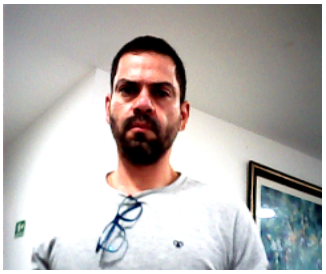
Imagenes anexas



EXAMEN DE OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 2024/02/13
www.labintox.com

FECHA DE EXAMEN 2024-02-13
TIPO DE EXAMEN PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ		Identificación CC	Nro 14396227	
Fecha de Nacimiento	1982-08-02	**Edad**	41	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR				
Cargo	INSTRUCTOR				
		Fecha Ingreso	2024-02-13 08:24:48		
		Fecha Salida	2024-02-13 08:24:58		

DATOS EMPRESA

CARGO	INSTRUCTOR

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
OTROS	AMBLIOPIA OD

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	LENTES OFTALMICOS (GAFAS)
ULTIMO CONTROL VISUAL	MENOS DE 6 MESES
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI
RX OD	+1.50-3.00X10
RX OI	+0.50-2.50X5

MOTIVO DE CONSULTA

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

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
CON CORRECCION OD	20/50
CON CORRECCION OI	20/30
CON CORRECCION AO	20/30
VISION PROXIMA	
CON CORRECCION OD	1.50 M

CON CORRECCION OI	2 M
CON CORRECCION AO	1.50 M
ESTENOPEICO	

EXAMEN EXTERNO

OD	NORMAL
OI	NORMAL

EXAMEN MOTOR

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	EXOTROPIA DERECHA
HIRSCHBERG	DESCENTRADO NASAL OD 15 GRADOS
P.P.C	12CM

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	+1.50-3.00X10
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	+0.50-2.50X5

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL

RX FINAL

OJO DERECHO	+1.50-3.00X10
OJO IZQUIERDO	+0.50-2.50X5
ADD OD	+1.00
ADD OI	+1.00

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
OBSERVACIONES	PENDIENTE ACTUALIZAR RX PARA CAMBIO DE CORRECCION QUE MEJORE AV EN VL Y VP, REQUIERE GAFAS PARA DESEMPEÑAR SU TRABAJO

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	SI

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

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

EXAMEN DE OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 2024/02/13
www.labintox.com

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



NATALIA MEDINA AYALA
RM: 1



JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ
CC 14396227

LABINTOX S.A.S

NIT: 800165047-6

www.labintox.com

Impresión: 13/02/2024 16:49

INFORME DE RESULTADOS

Orden: 1240200517		**Fecha:** 13/02/2024 8:04	**Servicio :** Rutina
	Paciente	**Médico**	**Entidad**
Nombre	JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ	No informado	PARTICULAR
Dirección			
Teléfono			
Documento	CC 14396227 **Edad:** 41 Años **Fecha de Nac:** 1982-08-02	Historia : Pin: d15093	Nit: 00000 0

Exámen		Resultado	Intervalo de Referencia
Hematología			
CUADRO HEMATICO IV GENERACION			Técnica: Impedancía
Valor Absoluto			
Recuento de Leucocitos:	*	**4.77 K/ul**	4.8 - 10.8 K/ul
Neutrofilos:		**2.82 10*3/uL**	1.5 - 6.6 10*3/uL
Linfocitos:		**1.55 10*3/uL**	0.8 - 3.2 10*3/uL
Monocitos:		**0.22 10*3/uL**	0.12 - 1.2 10*3/uL
Eosinofilos:		**0.15 10*3/uL**	0.02 - 0.5 10*3/uL
Basofilos:		**0.03 10*3/uL**	0 - 0.1 10*3/uL
Leucocitos			
Neutrofilos:		**59.2 %**	45 - 70 %
Linfocitos:		**32.4 %**	20 - 45 %
Monocitos:		**4.6 %**	1 - 10 %
Eosinofilos:		**3.2 %**	0.5 - 5 %
Basofilos:		**0.6 %**	0 - 1 %
Eritrocitos			
Recuento de Eritrocitos:		**5.3 M/ uL**	4.7 - 6.1 M/ uL
Hemoglobina:		**16.2 gr/ dL**	14 - 18 gr/ dL
Hematocrito:		**48.8 %**	42 - 54 %
Volumen Corpuscular Medio:		**91.9 fl**	80 - 94 fl
Hemoglobina Cospuscular Media:		**30.4 pg**	27 - 33 pg
Concentración Hemoglobina Corpuscular Media:		**33.1 g/ dL**	32 - 36 g/ dL
Indice Distribución de Eritrocitos CV:		**12.0 %**	11 - 16 %
Indice Distribución de Eritrocitos SD:		**43.0 %**	35 - 56 %
Plaquetas			
Recuento de Plaquetas:		**175 K/ uL**	150 - 450 K/ uL
Volumen Plaquetario Medio:		**11.9 fL**	6.5 - 12 fL
Distribución Volumen Plaquetario:		**16.6**	9 - 17
Plaquetocrito:		**0.208 %**	0.108 - 0.282 %
Cantidad de plaquetas grandes:		**59 10*3/uL**	30 - 90 10*3/uL
Porcentaje de plaquetas grandes:		**33.6 %**	11 - 45 %

Validado en: 13/02/2024 9:47

Jeannette Castro Mendoza
Bacteriólogo Reg:2042

Química

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) — Técnica: Directo

Resultado: **48 mg/dL** — 30 - 60 mg/dL

Validado en: 13/02/2024 11:26

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) — Técnica: Enzimática

Resultado: **162 mg/dL** — Optimo: Menor de 100

LDL DIRECTO — Limite optimo: 130-159

LABINTOX S.A.S

www.labintox.com

NIT: 800165047-6

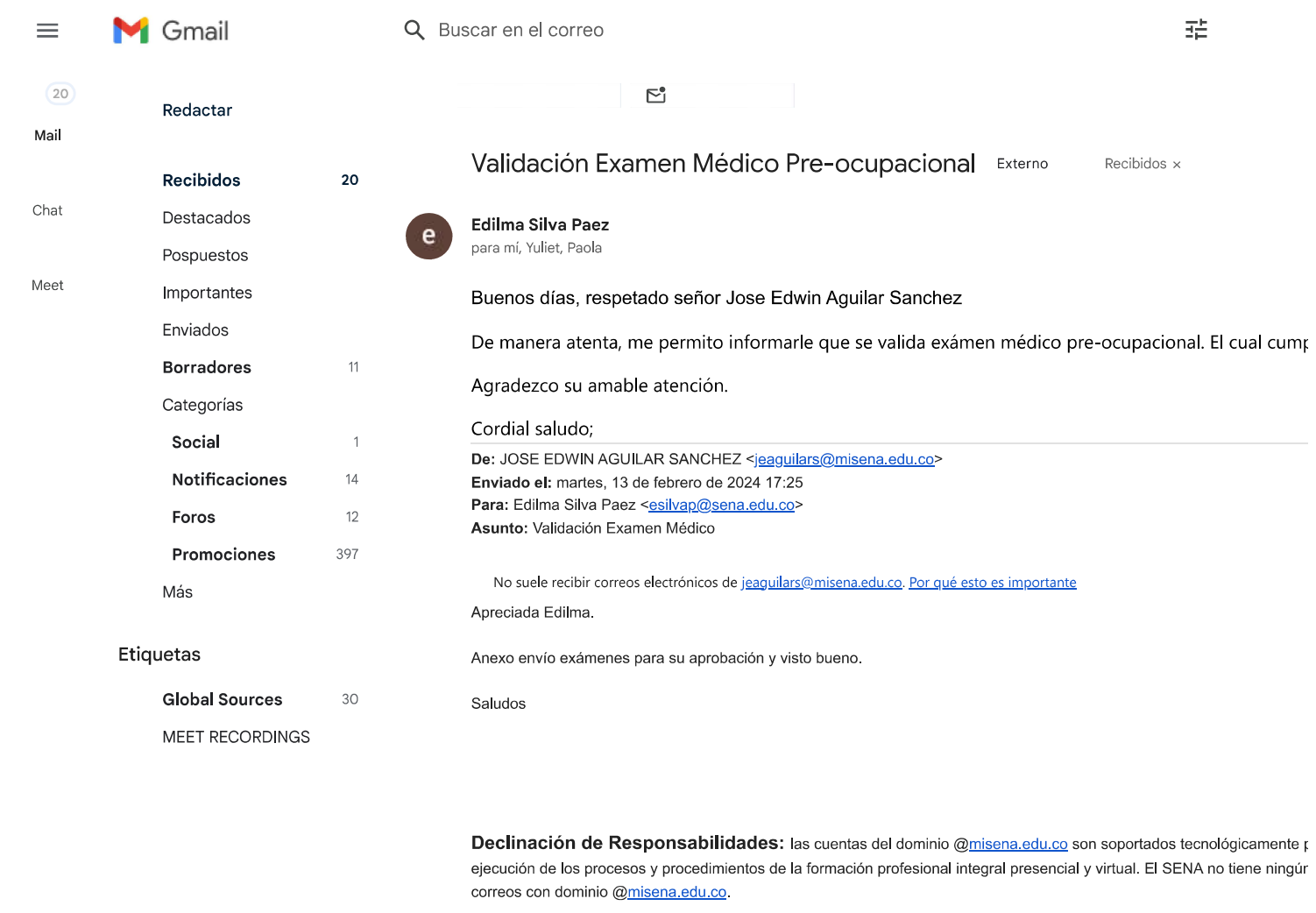
Impresión: 13/02/2024 16:49

INFORME DE RESULTADOS

Orden: 1240200517		**Fecha:** 13/02/2024 8:04	**Servicio :** Rutina
	Paciente	**Médico**	**Entidad**
Nombre	JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ	No informado	PARTICULAR
Dirección			
Teléfono			
Documento	CC 14396227 **Edad:** 41 Años **Fecha de Nac:** 1982-08-02	Historia : Pin: d15093	Nit: 00000 0

Exámen	Resultado	Intervalo de Referencia
	Química	
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)		Técnica: Enzimática Elevado : 160-189 Muy Alto: Mayor de 190
Validado en: 13/02/2024 11:26		
COLESTEROL TOTAL		Técnica: Espectrofotometría
Resultado: *DATO CONFIRMADO*	**230 mg/dL**	Optimo: Hasta 200 mg/dL Moderado: 201-239 mg/dL Elevado: Mayor de 240 mg/dL
Validado en: 13/02/2024 11:26		
TRIGLICERIDOS.		Técnica: Enzimática
Resultado: *DATO CONFIRMADO*	**197 mg/dl**	Optimo hasta 150 mg/dl Moderado 150-199 Alto: 200-499 Muy Alto: Mayor o igual a 500
Validado en: 13/02/2024 11:26		
GLICEMIA.		Técnica: Enzimática
Resultado:	**96 mg/dL**	65 - 110 mg/dL
Validado en: 13/02/2024 11:26		

Eddy Méndez Pinzón
Bacteriólogo Reg:63366954



Gmail

Buscar en el correo

20
Mail

Chat

Meet

Redactar

Recibidos 20
Destacados
Pospuestos
Importantes
Enviados
Borradores 11
Categorías
Social 1
Notificaciones 14
Foros 12
Promociones 397
Más

Etiquetas

Global Sources 30
MEET RECORDINGS

Validación Examen Médico Pre-ocupacional Externo Recibidos ×

Edilma Silva Paez
para mí, Yuliet, Paola

Buenos días, respetado señor Jose Edwin Aguilar Sanchez

De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. El cual cump

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

De: JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ <jeaguilars@misena.edu.co>
Enviado el: martes, 13 de febrero de 2024 17:25
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Asunto: Validación Examen Médico

No suele recibir correos electrónicos de jeaguilars@misena.edu.co. Por qué esto es importante

Apreciada Edilma.

Anexo envío exámenes para su aprobación y visto bueno.

Saludos

Declinación de Responsabilidades: las cuentas del dominio @misena.edu.co son soportados tecnológicamente p ejecución de los procesos y procedimientos de la formación profesional integral presencial y virtual. El SENA no tiene ningún correos con dominio @misena.edu.co.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOSE EDWIN AGUILAR SANCHEZ** identificado con **CC** No. **14396227**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 27/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 23/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401019508282.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164