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 INDUSTRIAL- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921110** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **59855-420772** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | JORGE DAVID ALBOR CHADID | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 72.129.442 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | jorge.albor.chadid@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 00550488412345735 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3002230491 | **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 2023** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿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:** | 6910220/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **77724** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 3 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR:Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico pedagógicos |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **16/10/2024** | **Al** | **31/10/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 8.633.388 |
| **Número de pago** | **1** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 8.633.388 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 2.232.773,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 6.400.615 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.232.773 | 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** | **$ 2.232.773** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.391.473** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Octubre | Setiembre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **81049236** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.300.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 162.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 208.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 6.800 | $ 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% | $ 9.295.337 | $ 464.000 | |
| 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 | 1.391.473,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.862.273,00 | |
| 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 | 17.990,00 | 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** | **$2.214.783,00** | |

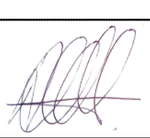
**SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demás actividades derivadas de formación que se le asignen, aplicando las metodologías y criterios técnico pedagógicos establecidos por el Centro de Gestión Industrial del Sena, reunión virtual con el instructor Jorge Tautiva, con el objetivo de hacer el empalme de la programación de la ficha 2996522 - 126TGPID, informándome que ya no funciona la plataforma Territorium, ahora se debe hacer en la plataforma TEAMS, de soporte con el correo institucional, esta ficha corresponde al segundo trimestre de Control Calidad de los procesos de acuerdo con la normatividad vigente, correspondiente al RAP 29120102905, me informa que la ficha se encuentra presentando sustentaciones de la probabilidad de Poisson, por lo tanto se continua con la programación de las cartas de control tipo “p”, “np”, “c” y “u”, correspon correspondiente a las evidencias 11 y 12.

**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



**JORGE DAVID ALBOR CHADID**
**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,

**MARIA CECILIA PEREZ COY**
**INSTRUCTOR**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**

**EL ORDENADOR DEL PAGO**
**MONICA ANDRADE RIOS**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** JORGE DAVID ALBOR CHADID
**No. Identificación:** CC72129442
**Dirección:** CL 7 NO 92 A 55 CA 139
**Telefono:** 3868263
**Correo:** joalborch@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 81049236

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | JORGE DAVID ALBOR CHADID | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC72129442 | **Periodo de Cotización Salud** | septiembre de 2024 |
| **Número de planilla** | 81049236 | **Periodo de Cotización Pensión** | septiembre de 2024 |
| **Fecha pago** | 2024-10-17 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 1814212 | **Total Pagado** | 386400 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 2300 |

PAGADA
81049236

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 13700 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 209200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 163500 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 72129442
APELLIDOS Y NOMBRES: JORGE DAVID ALBOR CHADID

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 1300000 | 1300000 | 1300000 | 0 | 162500 | 0 | 208000 | 0 | 13600 | 0 |

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

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2024/10/17 - 9:56 a. m.

DOCUMENTO: CC 72129442

NOMBRE USUARIO:

JORGE DAVID ALBOR CHADID

MODULO: CLL26MAQ14

ID PAGO:41488600

.

.

.

NO PLANILLA: 8381049236

PERIODO DE PAGO: septiembre

VALOR PAGADO: $ 386400

---

.

.

.

TOTAL: $ 386400

EFECTIVO: $ 390000

CAMBIO: $ 3600

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) JORGE DAVID ALBOR CHADID Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72129442 realizó el día 11/11/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo JORGE DAVID ALBOR CHADID Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72129442 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

compensar | salud eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JORGE DAVID ALBOR CHADID identificado(a) con Cedula Ciudadania 72129442, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20240301 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Noviembre de 2.024

**Observaciones:**

**Con destino a:**
PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: LAURA DANIELA CASTRO
26695765

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO Supersalud





Powered by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141136132499

(415)7707212489984(8020) 000014113613249 9

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALBOR | CHADID | JORGE | DAVID |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 7 92 A 55

42. Correo electrónico joalborch@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 1 3 8 6 8 2 6 3 | 3 0 0 2 2 3 0 4 9 1 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 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 2 4 1 0 0 9 | 8 5 4 3 | 2 0 2 4 1 0 0 9 | | | | |

## 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 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | | | | | | | | 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 61. Fecha 2024 - 10 - 09 / 18 : 14: 11

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 ALBOR CHADID JORGE DAVID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

**IPS EXISALUD SAS**
**NIT. 901.385.351-0**
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 28.924**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 15 DÍA | 03 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO** |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| **PARTICULARES CONTADO** | **PARTICULARES** |
|---|---|
| **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)

| **ALBOR CHADID JORGE DAVID** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 56 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS | CC | 72129442 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**INSTRUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**PUEDE LABORAL EN EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES**

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:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| OPTOMETRÍA | ✓ | CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA) | ✓ |
| EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO | ✓ | PERFIL LIPIDICO (COL-HDL-LDL-TRIG) | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | PRUEBA PSICOMETRICA | ✓ |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL
LAVADO FRECUENTE DE LAS MANOS USO DE TAPABOCAS
PACIENTE VACUNADO CON DOSIS CONTRA LA COVID 19

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido 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. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

**Firma:** Laura Melisa Rojano Gamez Médico Cirujano R M 20038 Esp Salud Ocupacional LO 12022

**Nombre:** ROJANO GAMEZ LAURA MELISA

**R. M.:** 12022 **L.S.O.:** 12022/2016

**Código de Seguridad**
**N739T1Z28924**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** ALBOR CHADID JORGE DAVID

**CC:** 72129442

IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

**IPS EXISALUD SAS**
**NIT. 901.385.351-0**
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



# EXAMEN DE OPTOMETRÍA

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 13,737**

**Fecha:** 15/03/2022 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 72129442 **Nombre:** ALBOR CHADID JORGE DAVID **Edad:** 56 AÑOS 6
**Genero:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
**Eps:** COMPENSAR **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO **F. Último Examen:** 6 MESES
**Lugar del Último Examen:** OPTICA **Motivo Consulta:** RENOVACION DE CORRECCION VISUAL

## ANTECEDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | ALERGICO A PENICILINA, USA RX DESDE HACE 30 AÑOS |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | USA PC 5 H DIARIAS |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | SI |
| TIPO DE USO | PERMANENTES |
| TRAE RX | SI |
| USA ANTEOJOS | SI |

## 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 | 20/80 | 20/25 A 60 | N/A | -1.00 ESF | 20/20 | 20/20 |
| O.I: | NO APLICA | 20/80 | 20/25 A 60 | N/A | -1.00 ESF | 20/20 | 20/20 |
| A.O: | NO APLICA | 20/70 | 20/25 A 6 | N/A | NO APLICA | 20/20 | 20/20 |

### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SANO**
OJO IZQUIERDO: **SANO**

### REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

### COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **ORTOFORIA**

### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **ANORMAL 14/16**

### OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

### QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ = NO APLICA**
OJO DERECHO: **K´ = NO APLICA**

### REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **-1.00** AV VL 20/
OJO IZQUIERDO: **-1.25** AV VL 20/

### RX FINAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OJO IZQUIERDO | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **20/** | ADD | +2.50 |
| OJO DERECHO | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **20/** | ADD | +2.50 |

## VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL 9/9**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL 9/9**

## ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL 40 SEG ARCO**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H521 | MIOPIA | AMBOS | COMÚN | 2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO |
| H524 | PRESBICIA | AMBOS | COMÚN | 3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO |

## CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE, PUEDE SEGUIR CON RX EN USO, CONTROL ANUAL, USAR EPP SEGÚN GRADO DE EXPOSICIÓN

**OPTOMETRA**




**Firma:**

**Nombre:** MARTINEZ SILVERA OLGA TATIANA

**R. M.:** 7151 **L.S.O.:** 7151/2019

**Código de Seguridad**

**C739I3O13737**

**PACIENTE**



**Firma:**

**Nombre:** ALBOR CHADID JORGE DAVID

**CC:** 72129442

# Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | **JORGE DAVID ALBOR CHADID** | **Codigo:** | 2551 |
| **Edad:** | **56 años** | **Fecha:** | **15/03/2022** |
| **Identificación:** | **72129442** | **Sexo:** | **MASCULINO** |

**HEMOGRAMA**

| Nombre del Examen | Resultado | Unidad | Valor de Refencia |
|---|---|---|---|
| Hematocrito | 49 | % | 42 ± 4% |
| Hemoglobina | 16,2 | mg/dl | 12 a 15 |
| VSG | 0 | mm/h | 0 a 20 |
| Leucocitos | 5800 | /mm3 | 5000 a 10000 |
| Neutrofilos | 64 | % | 45 a 55% |
| Linfocitos | 35 | % | 25 a 45% |
| Eosinofilos | 1 | % | 1 a 3% |
| Cayados | 0 | % | |
| Monocitos | 0 | % | 0 a 2% |
| Basofilos | 0 | % | 0 a 1% |
| Recuento de Plaquetas | 251000 | /mm3 | 150-450000/mm3 |

QUIMICA

| Nombre del Examen | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|---|---|---|---|
| Glicemia Pre | 99 | mg/dl | 70 a 110 |
| **Colesterol Total** | **169** | **mg/dl** | **Menor a 200** |
| Colesterol H.D.L. | 37,2 | mg/dl | H:30 -70; M: 30 - 85 |
| Colesterol L.D.L. | 113,4 | mg/dl | |
| Triglicéridos | 92 | mg/dl | Menor a 150 |

ANDREA DEL PILAR CAÑON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1

Av Boyaca N° 64f - 42 Pbx. 9 37 10 20 Cel. 3123530163
E-mail servicioalcliente@exisaludsas.com www.exisaludsas.com