SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**71602-664857**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FERLEY GONZALEZ CHAPARRO	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	13.958.085	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	fergonzalezc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	334131182
IP/Nº de contacto:	0	**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7432997/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**8025**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.528.280
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:	**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.622

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.658	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	**$ 3.219.658**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.863.392**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1068634197**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 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		$ 321.966	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 621.000	
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	1.863.392,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.813.858,00	
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	27.182,00	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	**$3.192.476,00**	

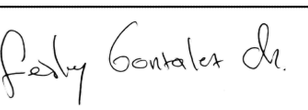
SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, alin
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proceso
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efici
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habil

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



FERLEY GONZALEZ CHAPARRO
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,

LUIS ALEJANDRO CARREÑO HERNANDEZ
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-02-19, 09:21:32 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1068634197

Periodo Cotización 202412 **Periodo Servicio** 202412

PAGADA 2024-12-25 13:35:58.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FERLEY GONZALEZ CHAPARRO				
Documento	CC 13958085	**Dirección**	CR 105A #72 - 32 INT 5 APT 509		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3203103311		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 13958085		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GONZALEZ CHAPARRO FERLEY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.300.000	25-14		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.300.000	$ 6.800	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

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!

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) FERLEY GONZALEZ CHAPARRO identificado(a) con Cedula Ciudadania 13958085, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250129	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

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: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27930873

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FERLEY GONZALEZ CHAPARRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13958085,** se encuentra afiliado/a desde **27/06/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14974883108

(415)7707212489984(8020) 000001497488310 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 9 5 8 0 8 5	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 3 9 5 8 0 8 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Vélez 8 6 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	CHAPARRO	FERLEY	

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: CR 105 A 72 32 AP 509

42. Correo electrónico: ferleygonzalez_79@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 1 0 3 3 1 1	

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 1	2 0 2 4 0 1 0 1	8 5 4 2	2 0 2 4 0 1 0 1	7 2 2 0	8 5 5 9		2 3 1 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 [ ] 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 GONZALEZ CHAPARRO FERLEY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **FERLEY GONZALEZ CHAPARRO** identificado con **CC** No. **13958085**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 19/12/2025 **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): 202501012710621.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) FERLEY GONZALEZ CHAPARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13958085 realizó el día 19/02/2025 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 FERLEY GONZALEZ CHAPARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13958085 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) FERLEY GONZALEZ CHAPARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13958085 el día 19/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

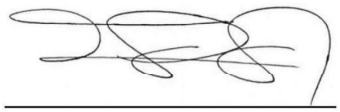
Que nuestro(a) cliente FERLEY GONZALEZ CHAPARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 13,958,085 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 334131182 aperturada el 27 de abril de 2015 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 20 de febrero de 2025.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0334131182
Cuenta de 16 dígitos:	0334000200131182
Cuenta de 20 dígitos:	00130334000200131182

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 de febrero de 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1027297076**	**ESTEBAN GONZÁLEZ CORTÉS**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA
Nombre: Ferley González Chaparro
C.C. 13.958.085

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55601368

55601368

NUIP 1027297076

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 34 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 9E

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	CORTES

Nombre(s)

ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 17	MASCULINO	A	NEGATIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13127269-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CORTES GONZALEZ LUZ ANDREA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1015392467 de BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ CHAPARRO FERLEY

Documento de identificación (Clase y número): CC 13958085 de VELEZ

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ CHAPARRO FERLEY

Documento de identificación (Clase y número): CC 13958085 de VELEZ

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Fecha de inscripción

Año 2015 Mes NOV Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ELSA PIEDAD RAMIREZ CASTRO

Reconocimiento paterno

GONZALEZ CHAPARRO FERLEY
Firma

Nombre y firma de funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ELSA PIEDAD RAMIREZ CASTRO
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

L.V. 197 FLO. 297

34 NOTARIA TREINTA Y CUATRO
REPUBLICA DE COLOMBIA
CIRCULO DE BOGOTA D.C.
ES COPIA FIEL Y AUTENTICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DE LA NOTARIA 34 Y SE EXPIDE AL INTERESADO PARA ACREDITAR SUPARENTESCO ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA Dec. 2189 de 1989 EXCEPTO PARA MATRIMONIO

18 NOV 2015

ELSA PIEDAD RAMIREZ CASTRO NOTARIA 34 CIRCULO DE BOGOTA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Scanned by CamScanner

MM SALUD OCUPACIONAL LTDA
Nit. 900266781 - 0
Dirección: Av. Carrera 72 # 64 C 82 Bogotá D.C
Tel: 8053282 - 8052457 - 3103023224

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **24/01/2024 06:58:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **FERLEY GONZALEZ CHAPARRO**

Cargo **INSTRUCTOR** Doc. Identidad **CC 13958085**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO LABORAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)	2 OPTOMETRIA	3 PSICOLABORAL (APTITUD PARA EL CARGO)
4 GLICEMIA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Apto para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CONTROL ANUAL CON AUDIOMETRIA EN SU EPS, CONTROL ANUAL CON VISIOMETRIA EN SU EPS.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra. Karen Andrea Jurado Ariza.
Medico Especialista SO
Res. 3174 del 12/03/2019

Trabajador: FERLEY GONZALEZ CHAPARRO
CC: 13958085
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

MM SALUD OCUPACIONAL LTDA

Nit. 900266781 - 0

Dirección: Av. Carrera 72 # 64 C 82 Bogotá D.C

Tel: 8053282 - 8052457 - 3103023224

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso ocupacional ( ) Trabajo en alturas ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Post incapacidad ( )

Fecha: 24/01/2024 EPS: COMPENSAR Empresa: PARTICULAR

Dirección: Teléfono:

Sede: Actividad: INSTRUCTOR Fondo de pensión: COLPENSIONES

DI:13958085 Nombre: FERLEY GONZALEZ CHAPARRO Hijos:1 Masculino (X) Femenino ( ) Fecha de nacimiento: 06/11/1979 Edad: 44 años

Estado Civil: Soltero ( ) Casado (X) Viudo ( ) Separado ( ) U. Libre ( ) | Escolaridad: Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnica ( ) Univ. (X) Post grado ( )

Dirección	Teléfono	ARL	Municipio	Departamento	RH
CL 105 72 32	NO TIENE	NO SABE			A+

Antecedentes clínicos:

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo	Antigüedad del cargo	Antigüedad en la empresa	Nro. de personas a cargo
INSTRUCTOR	14 AÑOS	0	0

Sección DOCENTES Turno: Diurno (X) Nocturno ( ) Rotativo ( )

Descripción funciones del cargo: DOCENTE

Maquinaria,herramientas y materia prima utilizada: COMPUTADOR

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:

Gafas ( ) Casco ( ) Tapabocas (X) Overol ( ) Botas ( ) Protector auditivo ( ) Respirador ( ) Guantes ( )
Escafandra ( ) Cofia ( ) Mangas ( ) Peto ( ) Visera ( ) Otros ( )

HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO

Empresa	Cargo	Factores de riesgo																			Tiempo años
		D	N	R	VB	RA	I	T	PR	P	H	V	ER	BI	PS	EI	M	F	EPP	MEC	OT	
FUNDACION COMUNIDAD CAMINO DEL SANTANDER	DOCENTE DE PROYECTOS	(X)	( )				X						X	X	X	X						5 AÑOS

Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO Sí ( ) No (X) TRAJO HISTORIA CLÍNICA Sí ( ) No (X) INDEMNIZACIÓN Sí ( ) No (X)

Fecha	Empresa	Tipo lesión	Parte afectada	Días inc.	Secuelas	
					Sí	No

Observaciones:

ENFERMEDAD PROFESIONAL Sí ( ) No (X) INDEMNIZACIÓN Sí ( ) No (X) TRAJO HISTORIA CLÍNICA Sí ( ) No (X)

Observaciones:

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Vacuna

* COVID - No. dosis: Refuerzo 1

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Sí	No	Parentesco	Enfermedad	Sí	No	Parentesco
Hta	(X)	( )	MADRE/TIAS	Asma	( )	(X)	
Infarto	( )	(X)		Tbc	( )	(X)	
Acv	( )	(X)		Artritis	( )	(X)	
Alergias	( )	(X)		Enf. Mental	( )	(X)	
Úlcera péptica	( )	(X)		Cáncer	( )	(X)	
Diabetes	( )	(X)		Otros	( )	(X)	

Observaciones:

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Observaciones: NIEGA

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Diagnóstico

* - Procedimiento: CIRUGIA POR FRACTURA DE RODILLA DERECHA HACE 8 AÑOS POR ACCIDENTE EN MOTO
* - Procedimiento: NIEGA OTRAS CIRUGIAS

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Descripción

* FRACTURA DE RODILLA DERECHA HACE 8 AÑOS POR ACCIDENTE EN MOTO
* NIEGA OTRAS LESIONES

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

NIEGA.

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Menarquía: Ciclos: Fuma: Dismenorrea ◯ Planificación: Sí◯ No◯

Método: G P A C M V FUP: FUC: Resultado:

¿Practica algún deporte? ⓧ Sí ◯ No Frecuencia ◯ Diaria ◯ Semanal ◯ Quincenal ◯ Mensual ⓧ Ocasional
CAMINATA

¿Ha presentado lesiones deportivas? NIEGA Examen médico: ADECUADO

Actividades manuales ◯ Sí ⓧ No Oficios domésticos ◯ Sí ⓧ No

ANTECEDENTES TÓXICOS

Fuma Sí◯ No ⓧ Exfumador Sí◯ No ⓧ Años de suspensión: 0 Años de fumador: 0 Cigarrillos al día: 0

Licor Habitual Sí ⓧ No◯ Frecuencia Diaria ◯ Ocasional ⓧ Semanal ◯ Quincenal ◯ Mensual ◯ Drogadicción Sí◯ No ⓧ

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No
Dolor precordial	◯	ⓧ	Brote	◯	ⓧ	Sangrado	◯	ⓧ	Alteración visual	◯	ⓧ	Deformidad articular	◯	ⓧ
Lipotimia	◯	ⓧ	Prurito	◯	ⓧ	Alteración motora	◯	ⓧ	Rinorrea	◯	ⓧ	Limitación para movimientos	◯	ⓧ
Palpitaciones	◯	ⓧ	Dispepsia	◯	ⓧ	Prurito en los ojos	◯	ⓧ	Disnea	◯	ⓧ			
Síncope	◯	ⓧ	Tenesmo rectal	◯	ⓧ	Obstrucción nasal	◯	ⓧ	Hiperemia ocular	◯	ⓧ	Inflamación de articulaciones	◯	ⓧ
Descamación	◯	ⓧ	Vértigo	◯	ⓧ	Expectoración	◯	ⓧ	Secreción ocular	◯	ⓧ			
Cefalea	◯	ⓧ	Sordera	◯	ⓧ	Disuria	◯	ⓧ	Resequedad ocular	◯	ⓧ	Parestesias	◯	ⓧ
Insomnio	◯	ⓧ	Dolor toráxico	◯	ⓧ	Hematuria	◯	ⓧ	Ardor ocular	◯	ⓧ	Disestesias	◯	ⓧ
Disfonía	◯	ⓧ	Dolor abdominal	◯	ⓧ	Nicturia	◯	ⓧ	Otalgia	◯	ⓧ	Pérdida de fuerza muscular	◯	ⓧ
Tos	◯	ⓧ	Epigastralgia	◯	ⓧ	Polaquiuria	◯	ⓧ	Otorrea	◯	ⓧ			
Eritema	◯	ⓧ	Estreñimiento	◯	ⓧ	Tenesmo vesical	◯	ⓧ	Dolor en columna	◯	ⓧ	Dolor con cambios de temperatura	◯	ⓧ
Hiperhidrosis	◯	ⓧ	Diarrea	◯	ⓧ	Alteración sensitiva	◯	ⓧ	Dolor en articulaciones	◯	ⓧ	Presencia de masas	◯	ⓧ

Observaciones: NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS.

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO:

Lateralidad DⓧZ◯ Talla:174 cm. Peso: 66.3 Kg. IMC: 21.90 Interpretación: Normal Ta: 120/88 FC: 74 /Min. FR: 17 /Min.

Medida cintura: 87 cm. Cadera: 88 cm. Índice cintura-cadera: 0.99 Bajo peso:<19.5 Normal:18.5-24.9 Sobrepeso:25-29.9 Obesidad: >30/0+

Interpretación índice cintura-cadera Riesgo cardiovascular bajo

ÓRGANO O SISTEMA		NORMAL	ANORMAL	
PIEL	Cicatrices	ⓧ	◯	
	Tatuajes	ⓧ	◯	
	Faneras	ⓧ	◯	
OJOS	Parpados	ⓧ	◯	
	Conjuntivas	ⓧ	◯	
	Pupilas	ⓧ	◯	

	Escleras	ⓧ	◯	
	Córneas	ⓧ	◯	
	Fondo de ojo	ⓧ	◯	
	Movilidad	ⓧ	◯	
	Agudeza visual	ⓧ	◯	
OIDOS	C. Auditivos	ⓧ	◯	
	Pabellones	ⓧ	◯	
	Tímpanos	ⓧ	◯	
NARIZ	Cornetes	ⓧ	◯	
	Tabique	ⓧ	◯	
	Mucosas	ⓧ	◯	
	S.Paranasales	ⓧ	◯	
BOCA	Labios	ⓧ	◯	
	Lengua	ⓧ	◯	
	Amígdalas	ⓧ	◯	
	Dentadura	ⓧ	◯	
CUELLO	Tiroides	ⓧ	◯	
	Movilidad	ⓧ	◯	
TÓRAX	Senos	ⓧ	◯	
	Corazón	ⓧ	◯	
	Pulmones	ⓧ	◯	
	Osteomuscular	ⓧ	◯	
DORSO	Columna Vert.	ⓧ	◯	Alineación NORMAL Schober: 10/15cm. Wels: 10cm. Clasificación III
ABDOMEN	Vísceras	ⓧ	◯	
	Pared	ⓧ	◯	
	Hernias	ⓧ	◯	
GENITALES	Genitales	ⓧ	◯	
EXTREMIDADES	Superior	ⓧ	◯	Tinel : D Negativo I Negativo Phalen : D NEGATIVO I Negativo Finkelstein : D NEGATIVO I NEGATIVO
	Inferior	ⓧ	◯	Bostezo: D Negativo I Negativo Cajón: D Negativo I Negativo Lasegue : D NEGATIVO I NEGATIVO
	Vascular	ⓧ	◯	
NEUROLÓGICOS	Fuerza	ⓧ	◯	
	Marcha	ⓧ	◯	
	Sensibilidad	ⓧ	◯	
	Reflejos	ⓧ	◯	

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

EXÁMENES DE LABORATORIO

TIPO DE EXAMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro hemático		
Parcial de orina		
Colesterol		
Triglicéridos		
Perfil lipídico		
Glicemia		
Coprológico		
Serología		
Bk		
Gravindex		
Frotis faríngeo		
Hemoclasificación		
Visiometría		Def. Refarcc Sí ◯ No ◯ Corregido Sí ◯ No ◯ Obs.
Espirometría		Normal ◯ P.Obstructivo ◯ P.Restrictivo ◯ P.Mixto ◯ Obs.
Audiometría		Normal H_neur Sens. Grado 1 Grado 2 Grado 3 H. Conductiva H. Mixta Obs.
Optometría		Normal ◯ Obs. Diagnóstico

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

El concepto de aptitud se apoya en el profesiograma Sí ◯ No ◯

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cod Diagnóstico

* H119 - TRASTORNO DE LA CONJUNTIVA, NO ESPECIFICADO - PINGUECULA OJO DERECHO
* Z010 - EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION - PACIENTE EMETROPE

OBSERVACIONES:

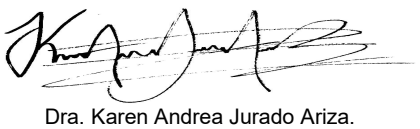
PERFIL PSICOLABORAL
Teniendo en cuenta el resultado de la prueba psicotécnica, se puede concluir que el candidato cumple con el perfil y las competencias necesarias para el cargo.
Recomendaciones: realizar entrenamiento en el cargo y seguimiento permanente a las labores asignadas.

RECOMENDACIONES:

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CONTROL ANUAL CON AUDIOMETRIA EN SU EPS, CONTROL ANUAL CON VISIOMETRIA EN SU EPS.

RESTRICCIONES LABORALES:

Declaración del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mí en éste exámen están completas y verídicas.



Dra. Karen Andrea Jurado Ariza.
Medico Especialista SO
Res. 3174 del 12/03/2019



Trabajador: FERLEY GONZALEZ CHAPARRO
CC: 13958085

	MM SALUD OCUPACIONAL LTDA. NIT: 900.266.781-0 Licencia S.O.: 1524 de 12/02/2020

Informe de Evaluación Psicológica para Ingreso

Nombre: Ferley González Chaparro	
Edad: 44 años	24/01/2024
Nivel de educación: Superior	
Cargo: Instructor	

Análisis de los rasgos característicos de la personalidad, relaciones interpersonales, manejo de angustia y tolerancia a la frustración, capacidad de adaptación a diferentes situaciones, seguimiento de normas y valores sociales o institucionales, de acuerdo a lo reportado por el aspirante y al análisis de las pruebas psicológicas aplicadas.

PERFIL PSICOLÓGICO

De acuerdo al análisis realizado a la prueba psicológica, es posible manifestar que al momento de la prueba el individuo se muestra como una persona colaboradora, asertiva, responsable, líder, empática, asertiva, tolerante, de carácter dominante, seguro de sí mismo y de sus capacidades.

Cuenta con la capacidad de establecer relaciones interpersonales de una manera afectiva, emotiva, cálida y espontánea, valorando las situaciones sociales.

Se muestra atento y dispuesto en todas las actividades que realiza. Ante situaciones de presión y conflicto, busca alternativas de solución de una manera racional, realista y objetiva, mostrando control de las situaciones sin preocuparse.

Tiende a ser una persona que se ajusta a normas y procedimientos; sin embargo, suele hacer un análisis crítico de los parámetros con los que la evalúan.

CONCLUSIONES SOBRE EL PERFIL DEL CANDIDATO

Teniendo en cuenta el resultado de la prueba psicotécnica, se puede concluir que el candidato cumple con el perfil y las competencias necesarias para el cargo.

Recomendaciones: *realizar entrenamiento en el cargo y seguimiento permanente a las labores asignadas.*

FIRMA DIGITAL CONTROLADA. USO EXCLUSIVO DE MM SALUD

SANDRA PATRICIA CAMELO TRIANA
Lic. en S.O. Res 7959 de 06/03/2021.

MM SALUD OCUPACIONAL LTDA

Nit: 900266781

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 25/01/2024 15:56:27

Dircc: Av. Carrera 72 # 64 C 82 Bogotá D.C Tel : 8053282 - 8052457 - 3103023224

Fecha 24/01/2024 06:30:00

Doc: **13958085** Nombre : **FERLEY GONZALEZ CHAPARRO** Edad : **44 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
GLICEMIA				
Glicemia	94.9	74	106	mg/dl

Dra. Liz Adriana Quintero Lopez.
Bacteriologa.
T.P. 20633935

MM SALUD OCUPACIONAL LTDA
Nit. 900266781 - 0
Dirección: Av. Carrera 72 # 64 C 82 Bogotá D.C
Tel: 8053282 - 8052457 - 3103023224

OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 24/01/2024 07:23:00

Doc. Identidad **CC 13958085** Nombre **FERLEY GONZALEZ CHAPARRO** Fecha Nacimiento. **06/11/1979**
Entidad **PARTICULAR** Edad **44** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de pensión **COLPENSIONES** EPS ARL **NO SABE**

Anamnesis

Último examen visual **1 AÑO** | Usa anteojos: Si [ ] No [X] | V.L. [ ] V.P. [ ] PC [ ] Bifocal [ ] Progresivo [ ] Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]

Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?

Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [X] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]
Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

Antecedentes personales y/o familiares **COLESTEROL ALTO** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				**20/20-**	**0.50 M**
O.I.				**20/20-**	**0.50 M**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva	[X]	[X]
Pterigio N	[ ]	[ ]
Pterigio T	[ ]	[ ]
Pinguécula	[X]	[ ]
Nevus	[ ]	[ ]
Bleafaratis	[ ]	[ ]
Blefaritis seborreica	[ ]	[ ]
Secreción	[ ]	[ ]
Leucoma corneal	[ ]	[ ]
Ptosis palpebral	[ ]	[ ]
Otros:		

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **EXOFORIA** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMALES** Versiones **NORMALES** PPC **6 CM**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
F.O.A.N.	[ ]	[ ]
Papila normal	[X]	[X]
Brillo foveal normal	[X]	[X]
Catarata	[ ]	[ ]
Esclerosis de cristalino	[ ]	[ ]
Opacidad de medios	[ ]	[ ]
Lesión retinal	[ ]	[ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**	O.D: **32" DE ARCO**	O.D:
O.I: **NORMAL**	O.I:	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	**NEUTRO**	**-**		**+**
O.I:	**NEUTRO**	**-**		**+**

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:	**NEUTRO**	**-**		**+**	**20/20**	**0.50 M**
O.I:	**NEUTRO**	**-**		**+**	**20/20**	**0.50 M**

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[X]	[X]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H119 TRASTORNO DE LA CONJUNTIVA, NO ESPECIFICADO PINGUECULA OJO DERECHO

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION PACIENTE EMETROPE

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [X] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:** PACIENTE EMETROPE CON RECOMENDACION DE CONTROL ANUAL

Luz Mary Cortes R.
Optómetra Especialista SO
LIC. DE SO 517 de 04/02/2014