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	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**78625-529494**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIAN FELIPE AREVALO LOPEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.019.048.516	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jarevalol@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17793568029
IP/Nº de contacto:	16979	**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**	NO

¿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:	7387180/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**12325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN TITULADA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**14/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.381.842
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.381.842
Valor Bruto Pago:	**$ 3.986.243,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 41.395.599

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.986.243	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	**$ 3.986.243**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.642.243**	**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		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.594.497	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 199.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 255.200	$ 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	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 881.000	
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	2.642.243,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.531.643,00	
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	34.116,00	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	**$3.952.127,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se desarrollaron actividades de apoyo en la planeación de los procesos del programa de formación asignado por la supervisión.

Se implementaron las estrategias para preparar, orientar, evaluar y apoyar el aprendizaje.

Se presentaron oportunamente los informes y reportes requeridos sobre las actividades formativas.

Se participó en las actividades convocadas por la supervisión relacionados con la ejecución del objeto contractual.

Se aplicaron los procesos y procedimientos establecidos por la entidad para la gestión documental relacionada con objeto contractual.

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

JULIAN FELIPE AREVALO LOPEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

ANDREA YULIETH PUENTES HERNANDEZ
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)

20/02/25 08:47:35 USUARIO: SIC - C.C. 1019048516

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIAN FELIPE AREVALO LOPEZ identificado(a) con CC 1019048516 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/03/2013
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SUBA
Categoría:	A

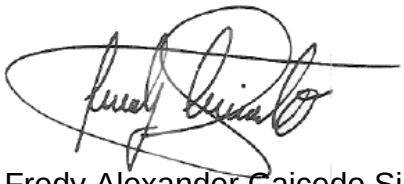
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 03 días del mes febrero del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIAN FELIPE AREVALO LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1019048516,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2018** 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 03 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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019048516		AREVALO LOPEZ JULIAN FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 132 A # 89 90	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9247016	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1140631123	9479213739	I	2025/01/08	2024/12/20	BANCOLOMBIA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1019048516	AREVALO LOPEZ JULIAN FELIPE	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2025/02/18 10:24 AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141075545774

(415)7707212489984(8020) 000014107554577 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 9 0 4 8 5 1 6	6	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 0 1 9 0 4 8 5 1 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AREVALO	LOPEZ	JULIAN	FELIPE

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 128 BIS 87 D 11 BRR SUBA RINCON

42. Correo electrónico: julianf123@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 9 2 7 8 3 2	3 1 9 2 5 2 3 5 8 8

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 1	2 0 1 8 0 1 1 9							0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

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, **JULIAN FELIPE AREVALO LOPEZ** identificado con **CC** No. **1019048516**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 21/12/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/12/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **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): 202501012608363.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 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

Zada
SALUD OCUPACIONAL

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.453

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**INGRESO**

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

SENA	**SENA**
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)

AREVALO LOPEZ JULIAN FELIPE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 6 MESES 24 DÍAS	CC	1019048516
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
NA	TEMPORAL	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRIA	✓	CARDIOVASCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	OSTEOMUSCULAR	✓
TEST PSICOLOGICO	✓	TEST SOCIAL	✓
GLICEMIA	✓	COORDINACION MOTRIZ	✓

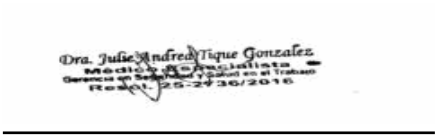
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS : NTENER BUENOS HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA, SIN RIESGO CARDIOVASCULARES, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MANTENER BUENOS HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA, SIN RIESGO CARDIOVASCULARES, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL

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: 

Nombre: TIQUE GONZALEZ JULIETH ANDREA

R. M.: 1019034027 **L.S.O.:** 1019034027

Código de Seguridad
S1507Y1E14453

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: AREVALO LOPEZ JULIAN FELIPE

CC: 1019048516

Zada
SALUD OCUPACIONAL

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 8,908

Fecha: 11/02/2025 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 1019048516 **Nombre:** AREVALO LOPEZ JULIAN FELIPE **Edad:** 34 AÑOS 6
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SENA
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** INGRESO **F. Último Examen:** 12 MESES
Lugar del Último Examen: BOGOTA **Motivo Consulta:** EXAMEN VISUAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	ILTROS PARA ESTAR FRENTE AL COMPUTADOR
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	I USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

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

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

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

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

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

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **NO APLICA**
OJO DERECHO: **NO APLICA**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **NEUTRO** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **NEUTRO** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NEUTRO** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **0.5** ADD NO APLICA
OJO DERECHO: **NEUTRO** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **0.5** ADD NO APLICA

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **ANORMAL**

OJO IZQUIERDO: **ANORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H535	DEFICIENCIAS DE LA VISION CROMATICA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

EVALUACIONES ADICIONALES A LOS DIAGNÓSTICOS

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE EMETROPE CONTROL ANUAL CONTINUAR CON LOS FILTROS NEUTROS QUE UTILIZA FRENTE AL COMPUTADPOR DALTONICO SIN RESTRICCION

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: TAVERA BUSTOS NANCY BETTY

R. M.: 51848939 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

F1507L3R8908

PACIENTE



Firma:

Nombre: AREVALO LOPEZ JULIAN FELIPE

CC: 1019048516

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63
Barrio Andes
Teléfono: 3214529637
3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 7932**

Fecha: 10/02/2025 **Ciudad:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)
Tipo Exámen: INGRESO **Eps:**
CC: 1019048516 **Nombre:** AREVALO LOPEZ JULIAN FELIPE **Edad:** 34 AÑOS 6 MESES 24 DÍAS **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 19/07/1990 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 240 **F. Ultima Calibración:** 2024-10-07

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: CAE Y MT NORMAL
Oído izquierdo: CAE Y MT NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	20	20	20	20	20	20
VAOI	20	20	20	20	25	25	25	25

PTA Oido derecho: 20.00 **PTA Oido izquierdo:** 21.25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

Oído derecho: **Oído izquierdo:** **Bilateral:**

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Evaluaciones adicionales a los diagnósticos

NO APLICA

RECOMENDACION	OBSERVACION

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 

Nombre: SANTA ZOQUE PAMELA LEARZA

R. M.: 52074283 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

G1507M2S7932

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: AREVALO LOPEZ JULIAN FELIPE

CC 1019048516

Zada
SALUD OCUPACIONAL

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 Barrio Andes
Teléfono: 3214529637 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com

Código de Seguridad
J1507P33V15498



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 15498

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 11 de febrero de 2025 07:03:38 a.m.

Nombres y Apellidos: AREVALO LOPEZ JULIAN FELIPE **CC:** 1019048516 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 19/07/1990 **Edad:** 34 AÑOS 6 MESES 24 DÍAS **Entidad:** SENA

RESULTADOS DEL LABORATORIO

INMUNOLOGÍA

GLICEMIA

BIOQUÍMICA

EXAMEN	RESULTADO (mg/dL)	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia en Ayunas *Método: Hexoquinasa*	85.2 mg/dL	70 – 110 mg/dL

Luisa Maria Mendieta Vargas
Bacteriólogo(a) RP: 1014296016

PERFIL LIPIDICO

BIOQUÍMICA

EXAMEN	RESULTADO (mg/dL)	VALORES DE REFERENCIA
Colesterol Total *Método: Colorimétrico*	133.0 mg/dL	Aconsejable: Menor de 200 mg/dL Riesgo Moderado: 200 -239 mg/dL Alto: Mayor o igual a 240 mg/dL Muy alto: Mayor o igual a 500 mg/dL
Triglicéridos *Método: Colorimétrico*	166.1 mg/dL	Normal: Menor de 150 mg/dL Límite alto: 150 – 199 mg/dL Alto: 200 – 499 mg/dL Muy alto: > 500 mg/dL

Luisa Maria Mendieta Vargas
Bacteriólogo(a) RP: 1014296016