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	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**43276-862973**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	IVAN DARIO OVIEDO CHIMA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.069.472.647	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	vanchox09@gmail.com	**Número de Cuenta:**	09396290011
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 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:	7739299/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**38825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

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	**11/04/2025 Al 30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.416.235
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.416.235
Valor Bruto Pago:	**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 32.196.577

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
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%	$ 26.227.473	$ 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

LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS SE ENCUENTRAN DETALLADAS EN EL INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL DEL MES CORRESPONDIENTE

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

IVAN DARIO OVIEDO CHIMA
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,

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
KAREEN JOHANNA VEGA CORDERO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) IVAN DARIO OVIEDO CHIMA identificado(a) con CC 1069472647 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	30/06/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SUBSIDIADO-E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de abril del año 2025.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OVIEDO CHIMA IVAN DARIO** identificado(a) con **CC** número **1.069.472.647** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de octubre de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025040411244

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141175678417

(415)7707212489984(8020) 000014117567841 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 9 4 7 2 6 4 7	1	Impuestos y Aduanas de Montería 1 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 6 9 4 7 2 6 4 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Sahagún 6 6 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OVIEDO	CHIMA	IVAN	DARIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
VANCHOX	VX

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Sahagún 6 6 0

41. Dirección principal: CL 5 A 21 60 BRR PORTAL DE JESUS

42. Correo electrónico: NIOCANCHE_09@HOTMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 3 8 8 0 7 3 9	3 2 0 5 9 8 6 7 5 8

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 3 0 4 1 2	9 5 1 1	2 0 2 2 0 1 1 2					

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

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 CRUZ BAEZ LUZ AMPARO

985. Cargo Gestor II

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, **IVAN DARIO OVIEDO CHIMA** identificado con **CC** No. **1069472647**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 12/04/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 09/04/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **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): 202501014247237.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de abril 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

PROTEGE-T
tu Vida Vale!

NIT: 806006774-3

EXAMEN MÉDICO DE INGRESO PSICOSOCIAL

Cra 12 # 13-39
Edif. SAN DIEGO
Sahagun - Cord.

Fecha	C.C.
2/04/2025	1.069.472.647

CONCEPTO

DATOS PERSONALES

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Rh
IVAN DARIO OVIEDO CHIMA	20/12/1984	O+

Profesión	Fondo de Pensión	EPS
INGENIERO DE SISTEMAS	Proteccion	Nueva

Ciudad	Dirección	Móvil	Correo Electrónico
BOGOTA	BRR EL VERGEL	3043880739	niocanche_09@hotmail.com

PROYECTO Y SEDE

EMPRESA	Cargo	Municipio	Edad
CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	INSTRUCTOR	BOGOTA	41

DIAGNOSTICO

CARACTERISTICAS PERSONALES

Paciente de sexo masculino de 40 años, se realizo examen de salud ocupacional de ingreso en el area de psicología, al momento de la valoración se encuentra consiente, ubicado en tiempo y espacio, se evidencia una persona tranquila, fluida en el discurso, adecuadas respuestas y niega antecedentes psicológicos/ psiquiátricos

ASPECTOS FAMILIARES

Paciente refiere vivir con su mamá y hermano, considera que su relación familiar es buena, informa que tiene un hijo el cual depende de él, la madre está encargada de las labores domesticas y sus hermanos son empleados.

ASPECTOS ECONOMICOS

Refiere que los gastos familiares son compartidos, no presenta dificultad económica, cuenta con los recursos económicos para cubrir las necesidades básicas del hogar.

EXPERIENCIA LABORAL

Refiere presentar experiencia en el cargo de docente, Ingeniero de Sistemas e Independiente, en el cargo de docente cuenta con un tiempo de experiencia de 29 meses, Ingeniero de Sistemas 42 meses y como independiente 110 meses

HABITOS

Refiere que comparte tiempo de calidad con su familia, cuando no se encentra en la jornada laboral descansa, tiene el habito de leer, e instruirse día a día sobre los avances de la sociedad, no tiene habito de fumar y tampoco de ingerir alcohol.

ACTITUDES

El paciente presenta actitud asertiva, interesada y motivada en la entrevista; se muestra una persona sociable, proactiva y resertiva.

OBSERVACIONES

RESULTADO DE EVALUACION

Se evidencia como una persona emocionalmente estable; con pensamiento critico/logico y habilidades para resolver conflictos. Cuenta con las capacidades propicias para afrontar el estrés y la ansiedad.

PRUEBA AQ DE ACROFOBIA

El Cuestionario de Acrofobia (AQ) es un test de fobia a las alturas que se utiliza para medir y evaluar la acrofobia. Se trata de una prueba de 20 ítems que evalúa, además del nivel de temor, la evitación a diferentes situaciones relacionadas con las alturas. El paciente al ser evaluado por el test obtiene 36 puntos equivalentes a una Ansiedad **DISCRETA,** en la escala evocativa obtuvo 9 puntos, lo cual equivale a una Evitación **AUSENTE.** Teniendo encuentra esos resultados el paciente no presenta **Fobia o Ansiedad,** por lo cual es **APTO EN EL ÁREA DE PSICOLOGIA,** para realizar actividades de este tipo, siempre y cuando cumpla con los requisitos mínimos de seguridad establecida en la resolución 4272 de 2021

PRUEBA ESTRÉS LABORAL

Esta prueba permite evaluar síntomas fisiológicos de comportamiento social y laboral, intelectuales y psicoemocionales del estres. En esta prueba del estrés el paciente obtuvo un total de 55 puntos, a lo que equivale a un **BAJO NIVEL DE ESTRÉS.** Lo cual se determina que es **APTO EN EL ÁREA DE PSICOLOGIA**

Fernando A.

FERNANDO ANTONIO ABELLO RUBIANO
Psicólogo , TP. 99-975SDS

Firma de paciente

PROTEGE-T
tu Vida Vale!

NIT: 806006774-3

EXAMEN MÉDICO DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cra 12 # 13-39
Edif. SAN DIEGO
Sahagun - Cord.

Fecha	C.C.
2/04/2025	1.069.472.647

CONCEPTO

DATOS PERSONALES

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Rh
IVAN DARIO OVIEDO CHIMA	20/12/1984	O+

Profesión	Fondo de Pensión	EPS
INGENIERO DE SISTEMAS	PROTECCION	NUEVA

Ciudad	Dirección	Móvil	Correo Electrónico
BOTOGA	BRR EL VERGEL	3043880739	niocanche_09@hotmail.com

PROYECTO Y SEDE

EMPRESA	ENFASIS	Cargo	Municipio
CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	OSTEOMUSCULAR	INSTRUCTOR	BOGOTA

DICTAMEN

RECOMENDADO PARA EL CARGO	X	APLAZADO	
RECOMENDADO PARA TRABAJOS EN ALTURA		RECOMENDADO PARA TRABAJOS EN EXCAVACION		RECOMENDADO PARA TRABAJOS CONFINADOS	

PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA QUE LE APLICAN

Fenomenos naturales	Biológico	Auditivo	Visual	Fisico
Prevalente				Prevalente

Osteomuscular	Psicosocial	Biomecánico	Químico
Prevalente	Prevalente	Prevalente	

RECOMENDACIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7. CUMPLIR CON NORMAS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Audiometría		Glicemia Basal	X	KOH, Coprológico, Frotis Faringeo	
Visiometría	X	Perfil Renal		Rx Columna Dinámica	
Espirometría		Test de Fobias		RX Columna Lumbosacra	
Cuadro Hemático		Electrocardiograma		Psicosensométrico	
Perfil Lipídico		Rx Tórax		Parcial de Orina	

Se aplico encuesta de parametrizacion de riesgo para COVID-19, la cual arrojò un resultado NEGATIVO Por lo cual se sugiere, reforzar medidas de higiene, uso de EPP que apliquen, recomendaciones de aislamiento de acuerdo a las normas generales. Aplico encuesta de autoevaluacion de sintomas de COVID-19, la cual arrojo un puntaje bajo cuya sintomatologia corresponde a tomar medidas y cuidados generales.

Otros:

LEGALIDAD

Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.

Firma del Paciente

PROTEGE-T
SALUD OCUPACIONAL
NIT. 806006774-3

Luis G. Aldana Otero
Medico Salud Ocupacional
L.S.O. 01252

Firma Médico Especialista en SO

PROTEGE-T
tu Vida Vale!

VISIOMETRIA

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	
EMPRESA SOLICITANTE: Centro de gestion de mercados logisticas y tecnologia de la información	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: 02 / 04 / 2025	
NOMBRES Y APELLIDOS: Ivan Dario oviedo chima	
GENERO: F M	
EDAD: 40 años	FECHA DE NACIMIENTO: 20-Dic-1984
TIPO DE DOCUMENTO: CC	NUMERO DE DOCUMENTO: 1069472647
USA LENTES DE CORRECCIÓN SI _____ NO ∝	
CUAL?	
EQUIPO UTILIZADO: TITMUS	FECHA DE CALIBRACIÓN DEL EQUIPO _____ / _____ / _____ /

VISIÓN DE LEJOS	AGUDEZA VISUAL SIN CORRENCIÓN		AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VISIÓN PRÓXIMA	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN
OD	10	10		OD	10	10	
OI	10	10	∝	OI	10	10	∝
AO	10	10		AO	10	10	

BALANCE MUSCULAR	VISIÓN LEJANA	
	VISIÓN PRÓXIMA	
FORIAS LATERALES	VISIÓN LEJANA	
	VISIÓN PRÓXIMA	
FORIAS VERTICALES	VISIÓN LEJANA	
	VISIÓN PRÓXIMA	

PERCEPCIÓN DEL COLOR	OD		
	OI		

CAMPO VISUAL	OD		
	OI		

OBSERVACIONES

PROTEGE-T
tu Vida Vale!
NIT. 900066774-3

EVALUADO POR

ASPIRANTE O TRABAJADOR / CEDULA
1069472647

NANCY FLOREZ REINO

Reg. MSP 9380 TP SSC 36

LABORATORIO CLÍNICO

Servicio Confiable & Seguro

Cra 12 No. 13 - 37 Edificio San Diego Tel: 7778618 Sahagún - Córdoba E-mail: lcnancyflorez@hotmail.com

Fecha: 2/04/2025 SEDE: Principal

Paciente: IVAN DARIO OVIEDO CHIMA
Edad: 40 A **Sexo:** M **Identificación:** 1069472647
Teléfonos: 3043880739
Empresa: Particular

Recepción: 132396 **Sala:** N/A
Fecha rcp: 02/04/2025
Médico : No Asignado

	Resultado	Valores de referencia
Quimica		
1 Glucosa sanguínea	86 mg/dl	70 a 100 mg/dl

Nancy Flórez Reino

Dra. Nancy Florez Reino.
BACTERIOLOGA - HEMATOLOGA
U. CATOLICA - U. JAVERIANA