

 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)		Código Regional 11	
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro 930310	
	CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración Agosto de 2025	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión ENERO - 2.25	
			ID de Proceso 63698-469608	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON		Banco a consignar: BANCO COLPATRIA		
Cédula de Ciudadanía: 80.222.725		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: ngchavez@misena.edu.co		Número de Cuenta: 4312033116		
IP/Nº de contacto: 0		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI
Inducción SST: SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 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: 8172455/2025		Nº Compromiso SIIF 72025		Número de pagos durante la vigencia del contrato 4
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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 14/08/2025 Al 31/08/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 16.711.557
Número de pago 1		Valor Total del Contrato:		\$ 16.711.557
Valor Bruto Pago:		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 13.798.533
Valor Bruto Pago:		Valor Total del Contrato:		\$ 16.711.557
Valor Bruto Pago:		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 13.798.533
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		Ingresos por comisiones		
\$ 2.913.024		\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		
\$ 0		\$ 2.913.024		
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		
\$ 1.988.224		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Agosto		Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Base retención en la fuente a título de RENTA		Base retención en la fuente a título de ICA
-----		0		1.988.224,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		Valor base IVA		IVA (Si es RESPONSABLE)
\$ 901.550		\$ 0		0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		Menos Retención en la Fuente		Menos Retención IVA
\$ 112.700		\$ 0		0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		Retención en la Fuente
\$ 144.300		\$ 0		0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ -		\$ 0		0,00
ARL		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ 4.800		\$ 0		0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ -		\$ -		0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ -		\$ -		0,00
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ -		\$ -		0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ -		\$ -		0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ -		\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ -		\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ -		\$ -		0,00
Dependientes hasta		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ -		\$ -		0,00
Salud hasta		Otras Retenciones		Otras Retenciones
\$ 796.784		\$ -		0,00
Renta Exenta 25%		Descuentos de embargo (Si tiene)		VALOR A PAGAR
\$ 13.113.736		\$ 663.000		\$ 2.887.367,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		Retención en la Fuente Contingente		
\$ 0		\$ -		
Retención en la Fuente Contingente				
\$ -				
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Desarrollar actividades de apoyo en la planeación de los procesos del programa de formación asignado por la supervisión,				
Realizar el seguimiento y evaluación de la etapa productiva de acuerdo a la Guía GFPI_G_040 "Guía etapa productiva proceso formativo",				
Guiar de manera integral y continua a los aprendices en su formación por proyectos durante la vigencia del contrato.				
Realizar la evaluación de los aprendices acorde a la normatividad y registrarlos oportunamente en los aplicativos dispuestos				
Reportar oportunamente las novedades académicasAp y/o disciplinarias de los aprendices asignados a la coordinación según manual de art				
Apoyar el proceso de depuración de aprendices en cumplimiento de los lineamientos del SENA.				
Participar en los comités de evaluación y seguimiento a los aprendices y en los comités de con el grupo ejecutor del programa				
Implementar las estrategias para preparar, orientar, evaluar y apoyar el aprendizaje utilizando las herramientas y métodos definidos				
Apoyar la promoción de los programas de Formación Profesional Integral y participar en actividades de divulgación tecnológica.				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumpli 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			NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			El Supervisor,	
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.			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)				

BOGOTA, Agosto 6 de 2025

Señor:

CHAVEZ RINCON NELSON GABRIEL

CC. 80222725CL 147 N 11 27 - 7777010

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 27 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
CHAVEZ RINCON NELSON GABRIEL	80222725	C	Oct-27-2020	182	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	80222725	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	80222725	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	80222725	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	80222725	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	80222725	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si

es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.222.725**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Agosto del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación 006E en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON** identificado con CC No. **80222725**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 15/08/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 15/08/2025 Fecha fin de Contrato: 30/11/2025 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 prórroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá a los 21 días del mes de agosto de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

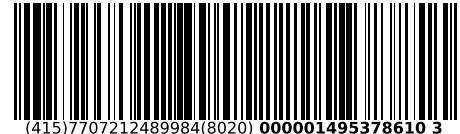
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
MÁS información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14953786103



(415)7707212489984(8020) 000001495378610 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 2 2 2 7 2 5

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Manizales

14. Buzón electrónico

1 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

8 0 2 2 2 7 2 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CHAVEZ

32. Segundo apellido

RINCON

33. Primer nombre

NELSON

34. Otros nombres

GABRIEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Caldas

1 7

40. Ciudad/Municipio

Manizales

0 0 1

41. Dirección principal

CR 36 95 B 20

42. Correo electrónico

gcrgraphics@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 9 2 7 7 7 0 1 0

45. Teléfono 2

2 6 1 9 0 6 9

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

7 4 9 0

2 0 0 8, 1 0, 2 0

8 5 5 1

2 0 2 3, 0 8, 1 5

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

2 2 4 9

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS



Impresión: 09/03/2023 15:00

INFORME DE RESULTADOS

Orden:	1230300261	Fecha:	09/03/2023 10:00	Servicio :	Rutina
	Paciente		Médico		Entidad
Nombre	NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	No informado			PARTICULAR
Dirección	gcrstudiolab82@gmail.com				
Teléfono	3192777010				
Documento	CC 80222725	Edad: 40 Años	Historia :	Nit: 00000	
		Fecha de Nac: 1983-03-09	Pin: b02acd	0	

Exámen	Resultado	Intervalo de Referencia
--------	-----------	-------------------------

Hematología**CUADRO HEMATICO IV GENERACION**

Técnica: Impedancia

Valor Absoluto

Recuento de Leucocitos:	10.41 K/ul	4.8 - 10.8 K/ul
Neutrofilos:	6.16 10*3/uL	1.5 - 6.6 10*3/uL
Linfocitos:	3.07 10*3/uL	0.8 - 3.2 10*3/uL
Monocitos:	0.94 10*3/uL	0.12 - 1.2 10*3/uL
Eosinofilos:	0.18 10*3/uL	0.02 - 0.5 10*3/uL
Basofilos:	0.06 10*3/uL	0 - 0.1 10*3/uL

Leucocitos

Neutrofilos:	59.20 %	45 - 70 %
Linfocitos:	29.50 %	20 - 45 %
Monocitos:	9.00 %	1 - 10 %
Eosinofilos:	1.70 %	0.5 - 5 %
Basofilos:	0.60 %	0 - 1 %

Eritrocitos

Recuento de Eritrocitos:	5.57 M/ uL	4.7 - 6.1 M/ uL
Hemoglobina:	16.90 gr/ dL	14 - 18 gr/ dL
Hematocrito:	51.60 %	42 - 54 %
Volumen Corpuscular Medio:	92.70 fl	80 - 94 fl
Hemoglobina Cospuscular Media:	30.30 pg	27 - 33 pg
Concentración Hemoglobina Corpuscular Media:	32.80 g/ dL	32 - 36 g/ dL
Indice Distribución de Eritrocitos CV:	13.30 %	11 - 16 %
Indice Distribución de Eritrocitos SD:	47.30 %	35 - 56 %

Plaquetas

Recuento de Plaquetas:	282 K/ uL	150 - 450 K/ uL
Volumen Plaquetario Medio:	7.00 fL	6.5 - 12 fL
Distribución Volumen Plaquetario:	15.20	9 - 17
Plaquetocrito:	0.20 %	0.108 - 0.282 %
Cantidad de plaquetas grandes:	33 10*3/uL	30 - 90 10*3/uL
Porcentaje de plaquetas grandes:	12 %	11 - 45 %

Validado en: 09/03/2023 11:23

Shirley Marcela Fernandez Gallardo
Bacteriólogo Reg:1090409805**Química****COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)**Resultado: **59.6 mg/dL**

Validado en: 09/03/2023 11:34

Técnica: Directo

30 - 60 mg/dL

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)Resultado: **133.0 mg/dL**

Técnica: Enzimática

Optimo: Menor de 100

Limite optimo: 130-159

Elevado : 160-189



NIT: 800165047-6

Impresión: 09/03/2023 15:00

INFORME DE RESULTADOS



Orden:	1230300261	Fecha:	09/03/2023 10:00	Servicio :	Rutina
	Paciente		Médico		Entidad
Nombre	NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	No informado			PARTICULAR
Dirección	gcrstudiolab82@gmail.com				
Teléfono	3192777010				
Documento	CC 80222725	Edad: 40 Años	Historia :	Nit: 00000	
		Fecha de Nac: 1983-03-09	Pin: b02acd	0	

Exámen	Resultado	Intervalo de Referencia
--------	-----------	-------------------------

Química

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)

Técnica: Enzimática

Muy Alto: Mayor de 190

Validado en: 09/03/2023 11:34

COLESTEROL TOTAL

Técnica: Espectrofotometría

Resultado:

205.7 mg/dL

Óptimo: Hasta 200 mg/dL

Moderado: 201-239 mg/dL

Elevado: Mayor de 240 mg/dL

Validado en: 09/03/2023 11:34

TRIGLICERIDOS.

Resultado:

64.6 mg/dl

Técnica: Enzimática

Óptimo hasta 150 mg/dl Moderado 150-199 Alto:

200-499 Muy Alto: Mayor o igual a 500

Validado en: 09/03/2023 11:34

GLICEMIA .

Resultado:

85.3 mg/dL

Técnica: Enzimática

65 - 110 mg/dL

Validado en: 09/03/2023 11:34

Laura Parra.

Laura Parra
Bacteriólogo Reg:33376335



Impresión: 09/03/2023 16:40

INFORME DE RESULTADOS

Orden:	1230300261	Fecha:	09/03/2023 10:00	Servicio :	Rutina
	Paciente		Médico		Entidad
Nombre	NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	No informado		PARTICULAR	
Dirección	gcrstudiolab82@gmail.com				
Teléfono	3192777010				
Documento	CC 80222725 Edad: 40 Años Fecha de Nac: 1983-03-09	Historia : Pin: b02acd		Nit: 00000 0	

Exámen	Resultado	Intervalo de Referencia
--------	-----------	-------------------------

Hematología**CUADRO HEMATICO IV GENERACION**

Técnica: Impedancia

Valor Absoluto

Recuento de Leucocitos:	10.41 K/ul	4.8 - 10.8 K/ul
Neutrofilos:	6.16 10*3/uL	1.5 - 6.6 10*3/uL
Linfocitos:	3.07 10*3/uL	0.8 - 3.2 10*3/uL
Monocitos:	0.94 10*3/uL	0.12 - 1.2 10*3/uL
Eosinofilos:	0.18 10*3/uL	0.02 - 0.5 10*3/uL
Basofilos:	0.06 10*3/uL	0 - 0.1 10*3/uL

Leucocitos

Neutrofilos:	59.20 %	45 - 70 %
Linfocitos:	29.50 %	20 - 45 %
Monocitos:	9.00 %	1 - 10 %
Eosinofilos:	1.70 %	0.5 - 5 %
Basofilos:	0.60 %	0 - 1 %

Eritrocitos

Recuento de Eritrocitos:	5.57 M/ uL	4.7 - 6.1 M/ uL
Hemoglobina:	16.90 gr/ dL	14 - 18 gr/ dL
Hematocrito:	51.60 %	42 - 54 %
Volumen Corpuscular Medio:	92.70 fl	80 - 94 fl
Hemoglobina Cospuscular Media:	30.30 pg	27 - 33 pg
Concentración Hemoglobina Corpuscular Media:	32.80 g/ dL	32 - 36 g/ dL
Indice Distribución de Eritrocitos CV:	13.30 %	11 - 16 %
Indice Distribución de Eritrocitos SD:	47.30 %	35 - 56 %

Plaquetas

Recuento de Plaquetas:	282 K/ uL	150 - 450 K/ uL
Volumen Plaquetario Medio:	7.00 fL	6.5 - 12 fL
Distribución Volumen Plaquetario:	15.20	9 - 17
Plaquetocrito:	0.20 %	0.108 - 0.282 %
Cantidad de plaquetas grandes:	33 10*3/uL	30 - 90 10*3/uL
Porcentaje de plaquetas grandes:	12 %	11 - 45 %

Validado en: 09/03/2023 11:23

Shirley Marcela Fernandez Gallardo
Bacteriólogo Reg:1090409805**Química****COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)**Resultado: **59.6 mg/dL**

Validado en: 09/03/2023 11:34

Técnica: Directo

30 - 60 mg/dL

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)Resultado: **133.0 mg/dL**

Técnica: Enzimática

Optimo: Menor de 100

Limite optimo: 130-159

Elevado : 160-189



NIT: 800165047-6

Impresión: 09/03/2023 16:40

INFORME DE RESULTADOS



Orden:	1230300261	Fecha:	09/03/2023 10:00	Servicio :	Rutina
	Paciente		Médico		Entidad
Nombre	NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	No informado			PARTICULAR
Dirección	gcrstudiolab82@gmail.com				
Teléfono	3192777010				
Documento	CC 80222725	Edad: 40 Años	Historia :	Nit: 00000	
		Fecha de Nac: 1983-03-09	Pin: b02acd	0	

Exámen	Resultado	Intervalo de Referencia
--------	-----------	-------------------------

Química

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)

Técnica: Enzimática

Muy Alto: Mayor de 190

Validado en: 09/03/2023 11:34

COLESTEROL TOTAL

Resultado: **205.7 mg/dL**

Técnica: Espectrofotometría

Óptimo: Hasta 200 mg/dL

Moderado: 201-239 mg/dL

Elevado: Mayor de 240 mg/dL

Validado en: 09/03/2023 11:34

TRIGLICERIDOS.

Resultado: **64.6 mg/dl**

Técnica: Enzimática

Óptimo hasta 150 mg/dl Moderado 150-199 Alto:

200-499 Muy Alto: Mayor o igual a 500

Validado en: 09/03/2023 11:34

GLICEMIA .

Resultado: **85.3 mg/dL**

Técnica: Enzimática

65 - 110 mg/dL

Validado en: 09/03/2023 11:34

Laura Parra.

Laura Parra
Bacteriólogo Reg:33376335

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES
402 - IPS BOGOTÁ 1

INFORME MÉDICO DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS
Certificado No. 024294

C 80222725 - CHAVEZ RINCON NELSON GABRIEL - 40 años



a-prueba

Exámen	Resultados	Estado
Test de Anticipación	5 2	Aprobado
Driver Test	2 1	Aprobado
Test de Punteado		No Aplica
Test de Reactímetro	3	No Aplica
Test de Palanca		No Aplica
Test de Atención	10 666,67	No aprobado
Test de Reacción	10 3000	No aprobado

Test de Punteado

No. de Pregunta	Criterio	Valor	Resultado
Aciertos	MAYOR O IGUAL	33	
Errores	MENOR O IGUAL	15	
T. Razonamiento	MAYOR O IGUAL	447	

Driver Test

No. de Pregunta	Criterio	Valor	Resultado
No. de Errores	MENOR O IGUAL	36	2
Tiempo de Error	MENOR O IGUAL	1600	1

Test de Atención

No. de Pregunta	Criterio	Valor	Resultado
No. de Errores	MENOR O IGUAL	0	10
Prom. Tiempo	MENOR O IGUAL	380	666,67

Test de Palanca

No. de Pregunta	Criterio	Valor	Resultado
Errores	MENOR O IGUAL	7	N.A.
Tiempo de Error	MENOR O IGUAL	400	N.A.

Test de Anticipación

No. de Pregunta	Criterio	Valor	Resultado
Media de Distancia	MENOR O IGUAL	41	5
Media de Tiempo	MENOR O IGUAL	500	2

Test de Reacción

No. de Pregunta	Criterio	Valor	Resultado
No. de Errores	MENOR O IGUAL	2	10
Prom. Tiempo	MENOR O IGUAL	930	3000

Test de Reactímetro

No. de Pregunta	Criterio	Valor	Resultado
Prom. Tiempo	MENOR O IGUAL	430	3

Observaciones

TEST DE ATENCIÓN Y REACCIÓN APROBADOS

Edward H. Ortiz Castillo
Psicólogo
T.P. 221623

Generado por MEDICO

2023-03-09 14:27:24

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES
402 - IPS BOGOTÁ 1



INFORME MÉDICO DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS
Certificado No. 024294
C 80222725 - CHAVEZ RINCÓN NELSON GABRIEL - 40 años

a-prueba

Examen	Resultados	Estado
Test de Inteligencia Elemental	Escamas Espada N/R R 14 22 ofender V sardina	Aprobado
Test de Memoria General	Sábado Alvaro de Jesús Gómez 3:30 p.m. 10 puntos 4 puntos Guerrillas y paramilitares dos 18 120 mil minas APNT	Aprobado
Test de Alteraciones de Sueño	No No No No No No No No	Aprobado
Test de Minimult	69 49 61 28 43 55 48 50 26 22 38	Aprobado
Test de Inteligencia No Verbal		No Aplica

Pruebas	Criterio	Valor	Resultado
Inteligencia Elemental	MAYOR O IGUAL	4	5
Memoria General	MAYOR O IGUAL	5	9
Alteraciones de Sueño	MAYOR O IGUAL	7	9
Minimult	IGUAL	APROBADO	Aprobado
Inteligencia No Verbal	MAYOR	70	

Consumo licor al menos 2 veces en la semana?	No Aplica
Fuma cigarrillo o tabaco?	No Aplica
Consumo sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, básculo, éxtasis, entre otras)?	No Aplica
Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?	No Aplica
Consumo licor o alguna sustancia psicoactiva cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en la vida diaria?	No Aplica
Consumo drogas para aliviar la tensión emocional y/o trastornos del sueño?	No Aplica

Observaciones


Eduard H. Ortiz Castillo
Psicólogo
I.P. 221629

Generado por MEDICO



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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

FECHA DE EXAMEN
TIPO DE EXAMEN

2023-03-09
PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Apellidos y Nombres CHAVEZ RINCON NELSON GABRIEL Identificación CC Nro 80222725
Fecha de Nacimiento 1982-11-15 **Edad** 40 **Sexo** M
ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
EPS SALUD TOTAL S.A. E.P.S. **AFP** PORVENIR S.A.
Empresa PARTICULAR
Actividad Económica **Ciudad De Atencion** Bogotá, D.C.
Cargo INSTRUCTOR
Fecha Ingreso 2023-03-09 10:15:48

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
GLICEMIA PRE

HISTORIA CLINICA AUDITIVO
CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO HOMBRES
PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO	APTO	ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR
OBSERVACIONES	Tipo de examen: Pre Ingreso con énfasis Osteo-muscular, cardiovascular, Exámenes complementarios: Optometría, Audiometría, laboratorios. Cumplimiento de normas de ergonomía y Seguridad. riesgo cardiovascular bajo	
RECOMENDACIONES		
OTRAS: SI	Control médico ocupacional anual, con paraclínicos según perfil de cargo. Incluir en programa de pausas activas énfasis en Miembros superiores. Capacitación en Seguridad, higiene postural y estilos de vida saludable según plan de trabajo del SGSST.	
CONTROLES		

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado.

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

Elias Gomez Sanchez
Médico Especialista SST
R.M. 79.042.965
Lic. SST:4236/2017

GABRIEL CHAVEZ D.

ELIAS GOMEZ SANCHEZ
RM: SST:4236/2017
Firma y sello del médico siplasdor

NELSON GABRIEL
CC 80222725
Firma del trabajador siplasdo

Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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

FECHA DE EXAMEN 2023-03-09
TIPO DE EXAMEN PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	Identificación CC	Nro 80222725		
Fecha de Nacimiento	1982-11-15	Edad	40	Sexo	M
Empresa	PARTICULAR				
Cargo	INSTRUCTOR				
		Fecha Ingreso	2023-03-09 10:00:26		
		Fecha Salida	2023-03-09 10:02:20		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA
CARGO INSTRUCTOR

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

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

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	INSTRUCTOR
TIEMPO EN EL CARGO	6 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNA

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	OD: AUDICIÓN NORMAL. OI: AUDICIÓN FUNCIONAL, FR CONVERSACIONALES CONSERVADAS, DESCENSO LEVE EN FR 3000HZ Y 4000HZ.

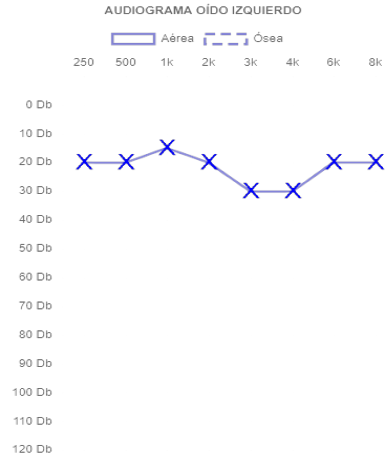
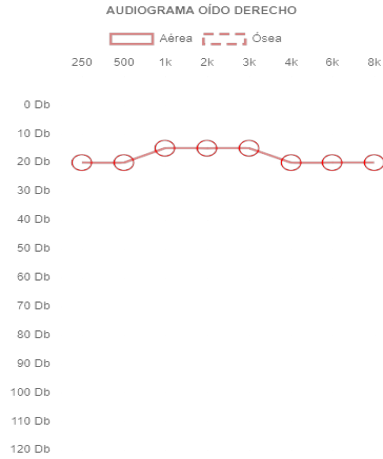
CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

EXAMENES AUDIOLOGICOS NO
COMPLEMENTARIOS
CONducIR CON LAS VENTANAS CERRADAS 00

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD	20			20			15			15			15			20			20			20		
OI	20			20			15			20			30			30			20			20		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

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

AUDIOMETRIA BASE

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

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

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

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO INSTRUCTOR

TIEMPO EN EL CARGO	6 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNA

INTERPRETACION

PTA OD (500, 1K, 2K y 3K)	16.25
PTA OI (500, 1K, 2K y 3K)	21.25

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	OD: AUDICIÓN NORMAL. OI: AUDICIÓN FUNCIONAL, FR CONVERSACIONALES CONSERVADAS, DESCENSO LEVE EN FR 3000HZ Y 4000HZ.

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición
---------------	--

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

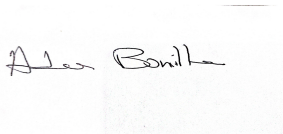
HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO
----------------	----

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

Consentimiento Informado del Trabajador:

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



ADA PATRICIA BONILLA BONILLA

RM: 1

Firma y sello del médico evaluador



NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON

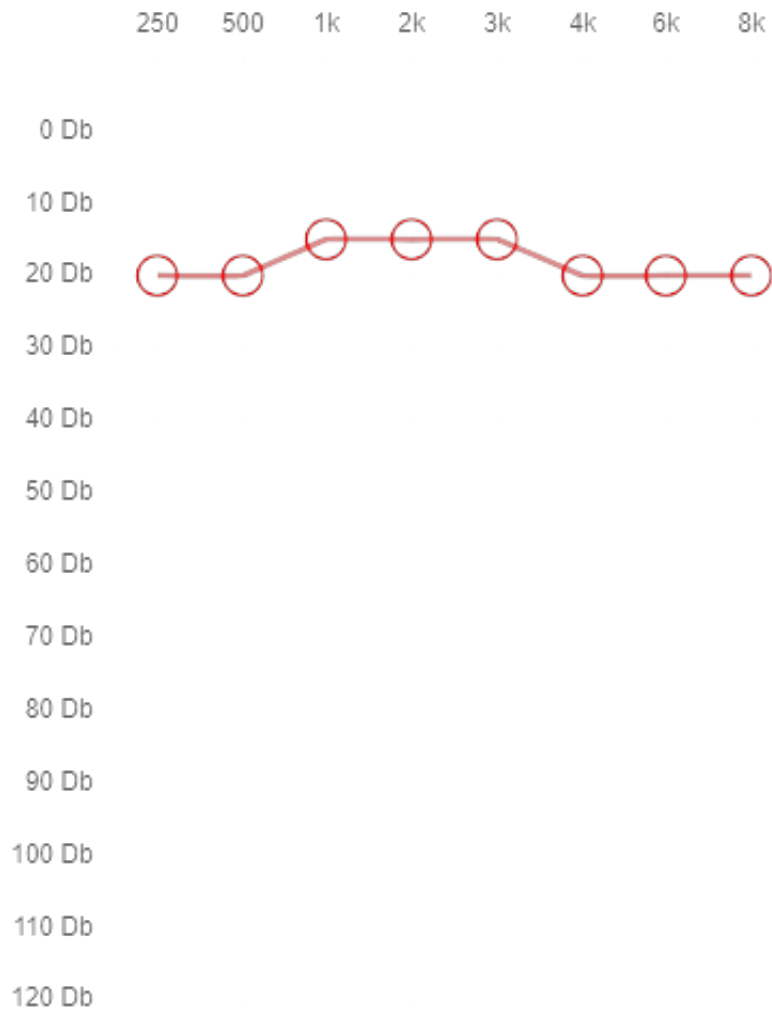
CC 80222725

Firma del trabajador evaluado



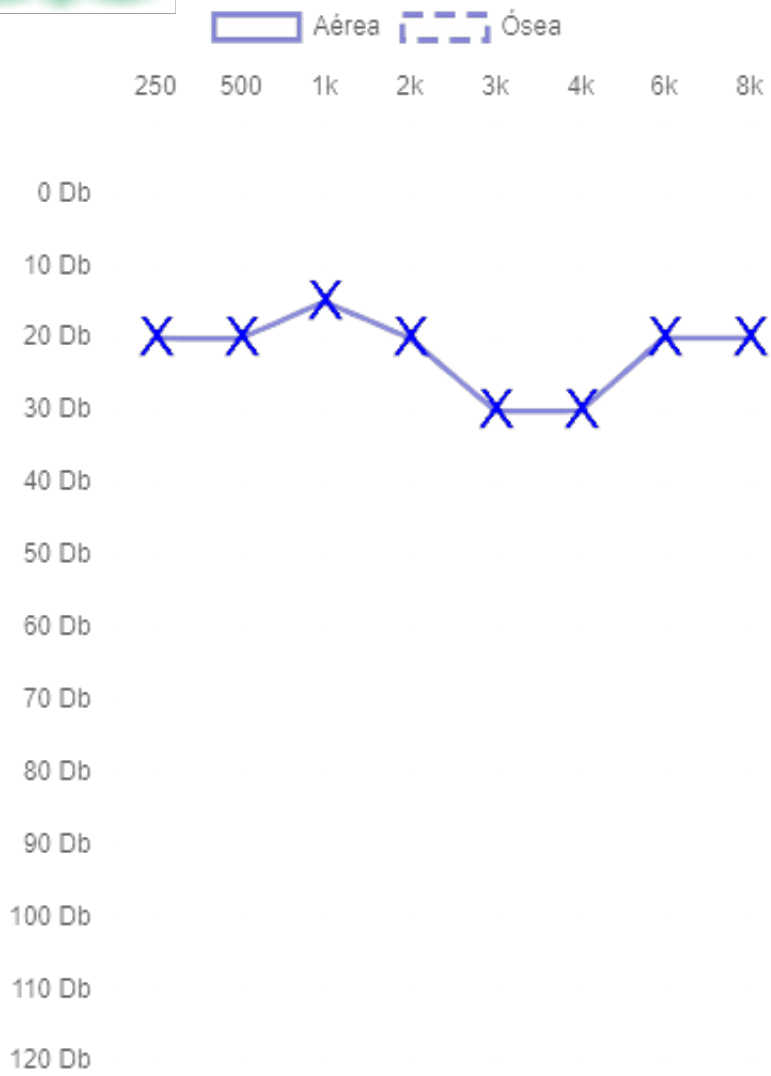
AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO

— Aérea - - - Ósea





AUDIÓGRAMA OÍDO IZQUIERDO



FECHA DE EXAMEN 2023-03-09
TIPO DE EXAMEN PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON	Identificación CC	Nro 80222725		
Fecha de Nacimiento	1982-11-15	Edad	40	Sexo	M
Empresa	PARTICULAR				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-03-09 10:10:36				
Fecha Salida	2023-03-09 10:10:40				

DATOS EMPRESA

CARGO INSTRUCTOR

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	LENTE OFTALMICOS (GAFAS)
ULTIMO CONTROL VISUAL	ENTRE 1 Y 2 AÑOS
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

MOTIVO DE CONSULTA

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

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/40
SIN CORRECCION OI	20/40
SIN CORRECCION AO	20/40
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
ESTENOPEICO	



EXAMEN DE OPTOMETRIA

Fecha de Impresión: 2023/03/09
www.labintox.com

EXAMEN EXTERNO

OD	NORMAL
OI	NORMAL

EXAMEN MOTOR

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	EXOFORIA

HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	NORMAL
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL
FORIAS	NORMAL

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	POLO POSTERIOR NORMAL
OI	POLO POSTERIOR NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	-0.75ESF
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	-0.75ESF

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL

RX FINAL

OJO DERECHO	-0.75ESF
OJO IZQUIERDO	-0.75ESF
AVL OD	20/20
AVL OI	20/20
AVP OD	0.5M
AVP OI	0.5M

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H521: Miopía
OBSERVACIONES	DEBE USAR CORRECCION VISUAL PERMANENTE

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO
RECOMENDACIONES	USAR CORRECCION VISUAL PERMANENTE

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO
----------------	----

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas

paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

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

OPTÓMETRA
EST. SALUD OCUPACIONAL
Natalia Medina Ayala
Natalia Medina Ayala

GABRIEL CHAVEZ R.

NATALIA MEDINA AYALA

RM: 1

NELSON GABRIEL CHAVEZ RINCON

CC 80222725