

 <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p>	<p>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</p> <p>REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p>CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p>		<p>Código Regional <b>11</b></p> <p>Código Centro <b>930310</b></p> <p>Fecha Elaboración <b>30 Setiembre de 2025</b></p> <p>Versión <b>ENERO - 2.25</b></p> <p>ID de Proceso <b>65952-817980</b></p>			
	<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>					
	<p>Nombres y apellidos: CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ</p> <p>Cédula de Ciudadanía: 1.016.011.792</p> <p>Correo electrónico: carubianom@sena.edu.co</p> <p>IP/Nº de contacto: 0000</p> <p>Inducción SST: SI</p> <p>Régimen del IVA: NO RESPONSABLE</p>		<p>Banco a consignar: DAVIVIENDA</p> <p>Tipo de cuenta: AHORROS</p> <p>Número de Cuenta: 009870273563</p> <p>Presta Servicios Excluidos de IVA: NO</p> <p>Pertenece al régimen simple de tributación: NO</p> <p>Es declarante de renta por el año gravable 2024: NO</p>			
	<p>¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? NO</p> <p>Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000 NO</p> <p>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</p> <p>¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? NO</p> <p>Concepto del pago corresponde a: Ninguno</p> <p>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%</p>					
	<b>DATOS DEL CONTRATO</b>					
Nº del contrato:	18278669/2025	Nº Compromiso SIIF	83125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	4	
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO RED INS, DE ENSEÑANZA DE				
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>						
Del	08/09/2025	Al	30/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 16.098.289	
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 16.098.289	
Valor Bruto Pago:	\$ 3.986.243,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 12.112.046	
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>						
Ingresos por honorarios	\$ 3.986.243		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0					
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 3.986.243</b>		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.642.243</b>		<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>		<b>\$ 0</b>	
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>						
		<b>Setiembre</b>	<b>Agosto</b>	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.642.243,00	TARIFA
<b>Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS</b>		-----	<b>0</b>	Base retención en la fuente a título de ICA	3.531.643,00	
<b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>	\$	1.594.497	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$	199.400	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$	255.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$	-	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$	8.400	\$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	34.116,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$	-			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$	-			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$	-			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$	-			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$	-		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$	-		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$	-		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$	-		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$	796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$	13.113.736	\$ 881.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$	0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$3.952.127,00</b>	
<b>SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE</b>						
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>						
Desarrollé actividades de apoyo en la planeación, reclutamiento, entrevistas y diseño de las actividades correspondientes al programa						
Enruté las fichas correspondientes a ciclo 1 Escuela BPO, asocié a los aprendices inscritos, evalué y registré los juicios de evaluación						
Realicé la presentación del programa, objetivo, modalidad y horarios						
Socialicé y difundí el reglamento del aprendizaje para los cursos complementarios						
Creé una pieza publicitaria e hice promoción del curso de inglés escuela BPO						
Diligencé el formato de solicitud de creación de fichas y todos los documentos necesarios para hacer la solicitud.						
Registré la asistencia a las clases.						
Socialicé y difundí el reglamento del aprendiz para los cursos complementarios						
Preparé el documento GC y GF para la gestión documental contractual.						
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>						
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				<b>CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ</b> <b>EL CONTRATISTA</b>		
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				<b>JHON JAIRO LEURO DELGADO</b> <b>INSTRUCTOR</b>		
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.						
<b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b>						
<b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>MIREYA PARRA PINTO</b> <b>SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)</b>						



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ identificado(a) con CC 1016011792 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de** 09/04/2017  
**Estado de la Afiliación:** ACTIVO  
**IPS:** CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26  
**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 30 días del mes septiembre 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

2. Concepto   Actualización de oficio

4. Número de formulario

14547891382



(415)7707212489984(8020) 000001454789138 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 6 0 1 1 7 9 2

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 1 6 0 1 1 7 9 2

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

RUBIANO

32. Segundo apellido

MUÑOZ

33. Primer nombre

CARLOS

34. Otros nombres

ANDREY

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 41 C 5 B 91 BRR PRIMAVERA

42. Correo electrónico

carlosandrey18@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 9 3 5 7 8 9

45. Teléfono 2

3 1 9 3 9 0 7 9 5 1

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

## Actividad secundaria

## Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 2 3

2 0 1 7, 0 2, 2 0

8 5 4 2

2 0 1 7, 0 2, 2 0

8 5 4 1

8 5 4 3

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																							

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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 

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

**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:**

**CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.011.792**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Septiembre 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 en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ**, identificado con CC No. **1016011792**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – NI. 8999999034	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 03/09/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 03/09/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 19/12/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 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 D.C. a los 23 días del mes de septiembre 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

## Validación Exámenes Médicos Pre-ocupacionales para Cuenta de Cobro

Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>

Mar 13/02/2024 7:54

Para: Carlos Andrey Rubiano Muñoz <carubianom@sena.edu.co>

CC: Yuliet Daniela Aros Romero <yaros@sena.edu.co>; Paola Amado Angulo <pamado@sena.edu.co>

Buenos días, respetado señor Carlos Andres Rubiano Muñoz

De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual de instructor.

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

---

**De:** Carlos Andrey Rubiano Muñoz <carubianom@sena.edu.co>

**Enviado el:** lunes, 12 de febrero de 2024 22:56

**Para:** Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>

**Asunto:** Revision Exámenes Medicos para Cuenta de Cobro

Buen día

Durante el 2023 renové mis exámenes médicos y quería solicitar la revisión de estos ya que necesito adjuntarlos a la primera cuenta de cobro.

Agradezco su atención y quedo atento a cualquier comentario.

Cordial saludo,



**Carlos Andrey Rubiano Muñoz**

Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías  
de la Información

Contratista - Instructor Programa BPO

[carubianom@sena.edu.co](mailto:carubianom@sena.edu.co)

[carubiano29@misena.edu.co](mailto:carubiano29@misena.edu.co)

PBX: +(57) 601 5461500 Ext:

Calle 52 No 13-65



@SENAcomunica

[www.sena.edu.co](http://www.sena.edu.co)



## Carlos Andrey Rubiano Muñoz

Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías  
- Contratista

[carubianom@sena.edu.co](mailto:carubianom@sena.edu.co)

PBX:+(57) 601 5461500

Calle 52 No 13-65



@SENAcomunica

[www.sena.edu.co](http://www.sena.edu.co)



## Edilma Silva Paez

Centro de Gestión de Mercados, Logíst. y Tecnol. de La  
Inf. - Auxiliar Enfermería G10

[esilvap@sena.edu.co](mailto:esilvap@sena.edu.co)

PBX:+(57) 601 5461500 Ext:16943

Calle 52 No 13-65



@SENAcomunica

[www.sena.edu.co](http://www.sena.edu.co)

SEDE	CENDIATRA PRINCIPAL	DIRECCIÓN	Av. Calle 19 No. 3 - 50 Edificio Barichara Torre A Piso 12 <a href="mailto:citas.principal@cendiatra.com">citas.principal@cendiatra.com</a>
TELÉFONO	7443001	EMAIL	
FECHA DE EXAMEN	2023-02-16	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



<b>Nombres y Apellidos</b>	CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ	Identificación CC	Nro 1016011792		
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1988-07-04	<b>Edad</b>	34	<b>Sexo</b>	M
<b>Empresa</b>	PACIENTE OCASIONAL				
<b>Cargo</b>	instructor bilingüe				
<b>Fecha Ingreso</b>	2023-02-16 08:47:27	<b>Fecha Salida</b>	2023-02-16 11:44:24		

**EXAMENES**

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	PSICOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

**CONCEPTO DE APTITUD**

CONCEPTO DE APTITUD

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**RECOMENDACIONES**

VALORACION OPTOMETRICA

SI

Observaciones:  
CONTROL ANUAL  
NO PRESENTA

OTRAS:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

OTROS

NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



VALENTINA SALCEDO MONROY

RM: 1020770182

Firma y sello del médico



CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ

CC 1016011792

Firma del trabajador

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



<b>Nombres y Apellidos</b>	CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ	<b>Nro</b>	1016011792
<b>Identificación</b>	CC	<b>Edad</b>	34
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1988-07-04	<b>RH</b>	B +
<b>Genero</b>	M	<b>Escolaridad</b>	Maestria
<b>Estado civil</b>	Soltero	<b>Ciudad</b>	Bogotá, D.C.
<b>Estrato</b>	3	<b>Telefono</b>	telefono
<b>Direccion</b>	direccion	<b>Tel_Acompañante</b>	
<b>Acompañante</b>		<b>Cargo</b>	instructor bilingüe
<b>Empresa</b>	PACIENTE OCASIONAL	<b>Sede</b>	CENDIATRA PRINCIPAL
<b>Ciudad - Sede</b>	Bogotá, D.C.		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
ENFERMEDAD ACTUAL	
ENFERMEDAD ACTUAL	REFIERE ADECUADO ESTADO DE SALUD, ASINTOMATICO
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	NIEGA
CUESTIONARIO	
TEXTO1	
TEXTO2	
1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO?	NO
TEXTO3	
2. SIENTE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO?	NO APLICA
3. SIENTE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO?	NO APLICA
4. SE SIENTE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA, DISMINUYE EL RITMO?	NO APLICA
5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA?	NO APLICA
6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS?	NO APLICA
7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS?	NO APLICA
TEXTO4	
8. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS: DIFICULTAD PARA HABLAR, DEBILIDAD EN EL BRAZO O PIERNA DE UN LADO DEL CUERPO O ADORMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO?	NO
EXAMEN FISICO	
SIGNOS VITALES	
PESO (KG)	95
TALLA (CM)	185
IMC (M2)	27.08
CLASIFICACION	Sobrepeso
FC (MIN)	74
TA (MMHG)	114/79
RECOMENDACIONES	
RECOMENDACIONES	
OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES	
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



**Cendiatra**

## HISTORIA CLINICA ENFASIS CARDIOVASCULAR

Fecha Atención : 2023-02-16

Fecha impresión : 2023-02-16

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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



---

VALENTINA SALCEDO MONROY  
RM: 1020770182  
Firma y sello del médico evaluador

---

CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ  
Documento: CC 1016011792  
Firma del trabajador

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



<b>Nombres y Apellidos</b>	CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ	<b>Nro</b>	1016011792
<b>Identificación</b>	CC	<b>Edad</b>	34
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1988-07-04	<b>RH</b>	B +
<b>Genero</b>	M	<b>Escolaridad</b>	Maestria
<b>Estado civil</b>	Soltero	<b>Ciudad</b>	Bogotá, D.C.
<b>Estrato</b>	3	<b>Telefono</b>	telefono
<b>Direccion</b>	direccion	<b>Tel_Acompañante</b>	
<b>Acompañante</b>		<b>Cargo</b>	instructor bilingüe
<b>Empresa</b>	PACIENTE OCASIONAL	<b>Sede</b>	CENDIATRA PRINCIPAL
<b>Ciudad - Sede</b>	Bogotá, D.C.		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

<b>DIVISION</b>	
<b>OCUPACION</b>	
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE</b>	
<b>TELEFONO DE RESPONSABLE</b>	
<b>PARENTESCO</b>	
<b>TIPO VINCULACION</b>	
<b>DATOS EMPRESA</b>	
<b>RAZON SOCIAL</b>	
<b>ACTIVIDAD ECONOMICA</b>	
<b>CARGO</b>	
<b>ACTIVIDADES EXTRALABORALES</b>	
<b>COSTURA</b>	NO
<b>USO DE VIDEOJUEGOS</b>	NO
<b>USO DE INSTRUMENTOS</b>	NO
<b>PRACTICAR DEPORTE</b>	NO
<b>ACTIVIDADES HOGAR</b>	NO
<b>ACTIVIDADES MANUALES</b>	NO
<b>ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR ESPECIFICOS</b>	
<b>ARTRITIS REUMATOIDEA</b>	NO
<b>OSTEOARTRITIS</b>	NO
<b>AMPUTACIONES</b>	NO
<b>ENF MUSCULARES</b>	NO
<b>ARTRALGIAS ARTRITIS</b>	NO
<b>LIMITACION FUNCIONAL</b>	NO
<b>SD TUNEL CARPO</b>	NO
<b>ENF DE LA COLUMNA</b>	NO
<b>CERVICALGIA</b>	NO
<b>LUMBALGIA</b>	NO
<b>MIALGIAS</b>	NO
<b>TENDINITIS</b>	NO
<b>RADICULOPATIAS</b>	NO
<b>TENDINITIS BURSITIS</b>	NO
<b>ESGUINCES</b>	NO
<b>FRACTURAS</b>	NO
<b>DORSALGIA</b>	NO
<b>PARESTESIAS DISESTESIAS</b>	NO
<b>DESCRIPCION</b>	
<b>EXAMEN FISICO COLUMNA INSPECCION</b>	
<b>POSTURA</b>	NORMAL
<b>ALINEACION</b>	NORMAL
<b>SIMETRIA</b>	NORMAL
<b>ESCOLIOSIS</b>	NORMAL
<b>COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES</b>	
<b>OBSERVACIONES</b>	NORMAL
<b>EXTREMIDADES</b>	
<b>HOMBRO</b>	NORMAL
<b>BRAZO</b>	NORMAL



Cendiatra

# HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2023-02-16

Fecha impresión : 2023-02-16

CODO	NORMAL
ANTEBRAZO	NORMAL
MANO	NORMAL
DEDOS	NORMAL
CADERAS	NORMAL
RODILLAS	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
CUELLO DE PIE	NORMAL
PIE	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	NORMAL
FUERZA	NORMAL
OBSERVACIONES	

## PRUEBAS ESPECIFICAS

### PRUEBA DERECHA

DOMINANCIA	DERECHA
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	
LASEGUE	
HAWKINS	
JOBS	
MILLS	
COZEN	

### PRUEBA IZQUIERDA

PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	
LASEGUE	
HAWKINS	
JOBS	
MILLS	
COZEN	

## DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H527: Trastorno de la refracción, no especificado
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	

## 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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



VALENTINA SALCEDO MONROY  
RM: 1020770182  
Firma y sello del médico evaluador

CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ  
Documento: CC 1016011792  
Firma del trabajador

**EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL  
(EXAMEN PSICOMETRICO)**

FECHA: 16/02/2023  
EMPRESA: PARTICULAR  
NOMBRE: CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ  
CÉDULA: 1016011792  
EDAD: 34 CARGO: INSTRUCTOR BILINGÜE

**CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD**

**INTERPRETACION DEL RESULTADO:** Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

**OBSERVACIONES**

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

  
**Erika Camacho**  
Psicóloga T. P. 164612  
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
No. 3897 de 12/04/2019

FIRMA DEL EVALUADOR: \_\_\_\_\_

**Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:**

[prefixH9vgZ3](#)

<b>SEDE</b>	CENDIATRA PRINCIPAL	<b>DIRECCIÓN</b>	Av. Calle 19 No. 3 - 50 Edificio Barichara Torre A Piso 12
<b>TELÉFONO</b>	7443001	<b>EMAIL</b>	citas.principal@cendiatra.com
<b>FECHA DE EXAMEN</b>	2023-02-16	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PREINGRESO



### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

<b>Nombres y Apellidos</b>	CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ	Identificación CC	Nro 1016011792
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1988-07-04	<b>Edad</b>	34
<b>Empresa</b>	PACIENTE OCASIONAL		
<b>Cargo</b>	instructor bilingüe		
<b>Fecha Ingreso</b>	2023-02-16 08:36:11	<b>Fecha Salida</b>	2023-02-16 08:36:20
		<b>Sexo</b>	M

### TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

#### DATOS EMPRESA

#### ANTECEDENTES OTOLOGICOS

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

#### INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

#### ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

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

#### OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

#### AUDIOGRAMA

#### DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	AUDICION BILATERAL DENTRO DE LOS PARÁMETROS DE NORMALIDAD

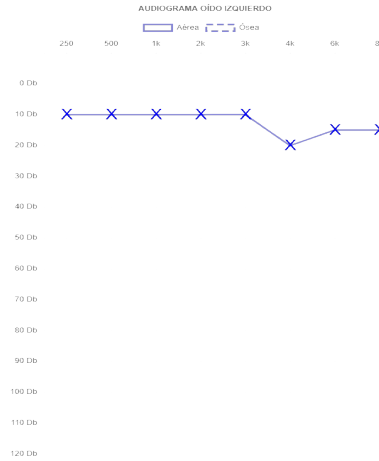
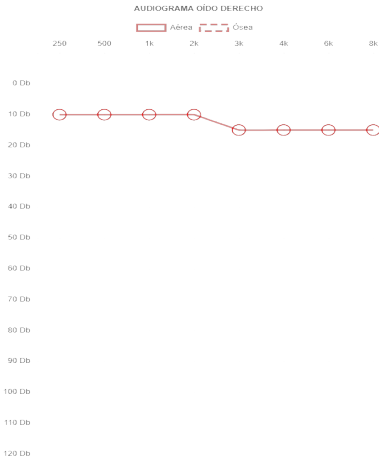
#### CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS NO

## 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	10			10			10			10			15			15			15			15		
OI	10			10			10			10			10			20			15			15		

## 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 NO  
 REALIZO POLIGONO NO

## INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

## ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO INSTRUCTOR DE INGLES  
 TIEMPO EN EL CARGO 6 MESES

NIVEL DEL RUIDO MEDIO  
TIPO DE PROTECCION NINGUNA

## INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K) 12.5  
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K) 12.5

## DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB BILATERAL  
OBSERVACIONES AUDICION BILATERAL DENTRO DE LOS PARÁMETROS DE NORMALIDAD

## DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1 Z011: Examen de oídos y de la audición

## CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA NO  
EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA  
CONTROL AUDITIVO EN NO  
LIMPIEZA AUDITIVA NO  
USO DE E.P.P. AUDITIVO NO  
VALORACION / CONTROL POR ORL NO  
EXAMENES AUDIOLOGICOS NO  
COMPLEMENTARIOS


## 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.



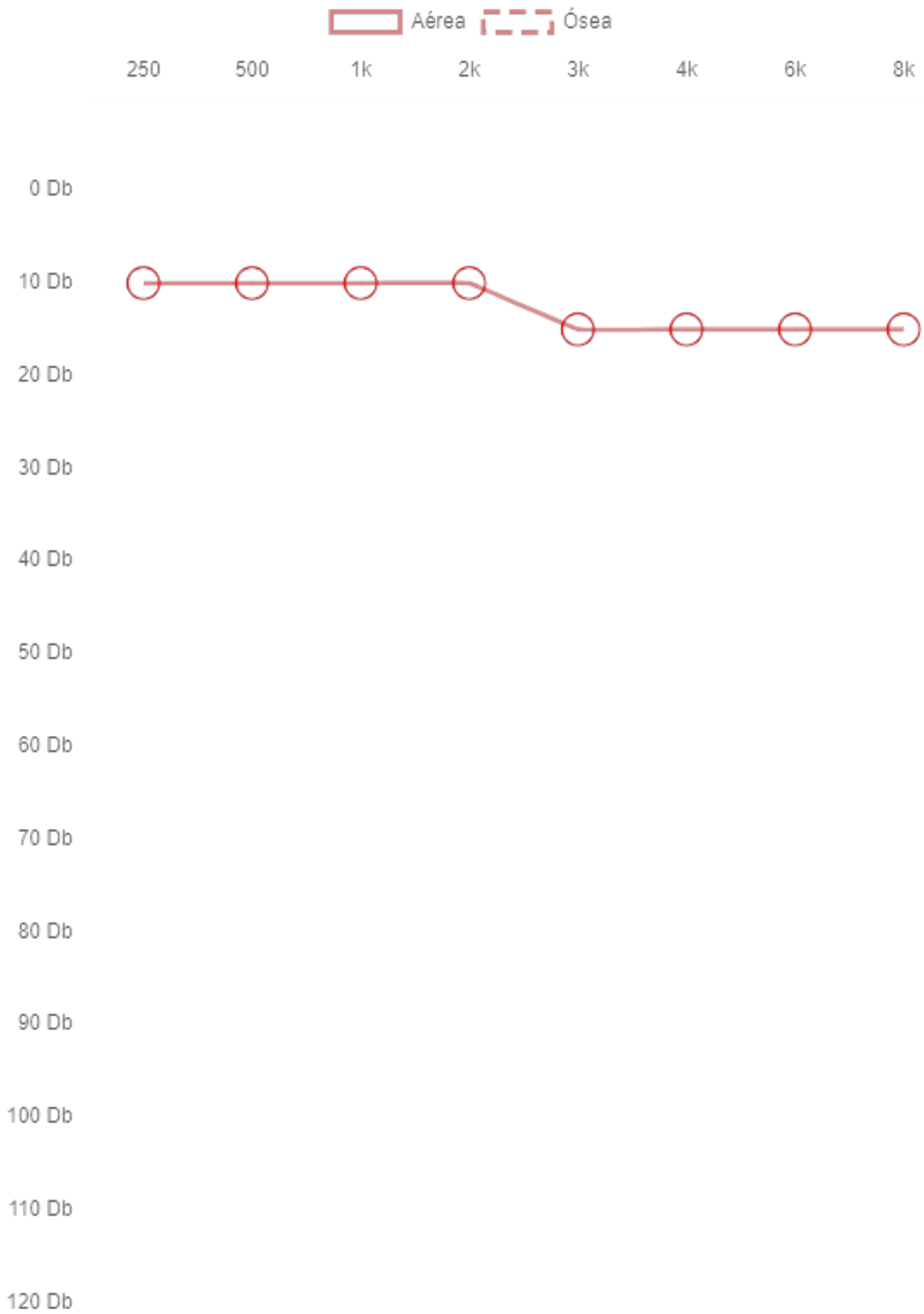
José Manuel Alvarado B.  
Fonoaudiólogo RM. 12-02269  
Esp. en S.O. y Reaport. Latorre Muñoz  
RES. Nº 25-2643/2015

JOSE MANUEL ALVARADO BELTRAN  
RM: 1090408267  
Firma y sello del médico evaluador

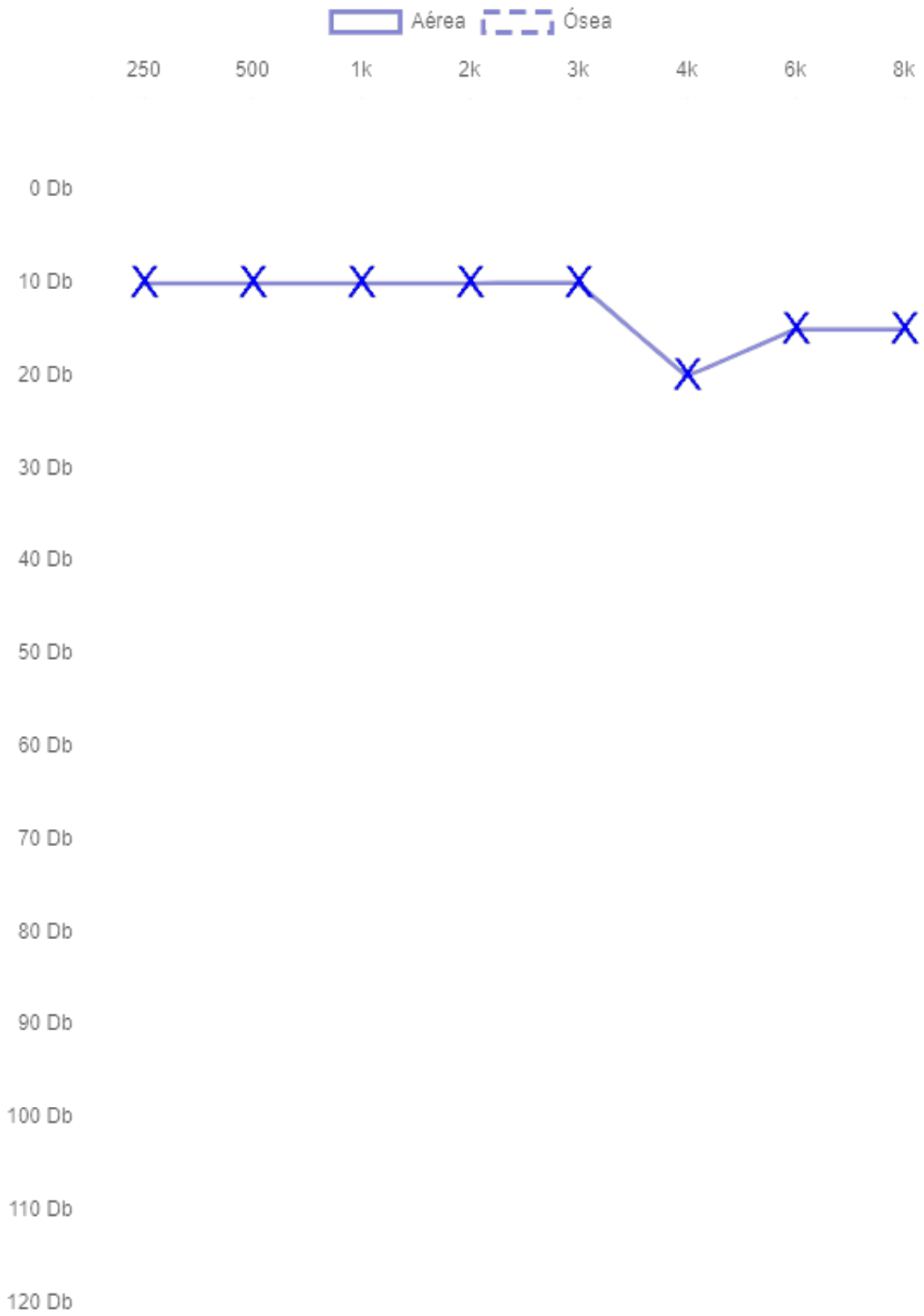


CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ  
CC 1016011792  
Firma del trabajador evaluado

AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO



AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO



<b>SEDE</b>	CENDIATRA PRINCIPAL	<b>DIRECCIÓN</b>	Av. Calle 19 No. 3 - 50 Edificio Barichara Torre A Piso 12
<b>TELÉFONO</b>	7443001	<b>EMAIL</b>	citac.principal@cendiatra.com
<b>FECHA DE EXAMEN</b>	2023-02-16	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PREINGRESO



### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

<b>Nombres y Apellidos</b>	CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ	Identificación CC	Nro 1016011792
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1988-07-04	<b>Edad</b>	34
<b>Empresa</b>	PACIENTE OCASIONAL		
<b>Cargo</b>	instructor bilingüe		
<b>Fecha Ingreso</b>	2023-02-16 08:37:47	<b>Fecha Salida</b>	2023-02-16 08:43:51

### DATOS EMPRESA

### ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI

### MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
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

<b>VISION LEJANA</b>	
SIN CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/100
CON CORRECCION OI	20/60
SIN CORRECCION AO	20/20
CON CORRECCION AO	20/20
<b>VISION PROXIMA</b>	
SIN CORRECCION OD	
CON CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
CON CORRECCION OI	4 Mts.
SIN CORRECCION AO	0.50 cm

NO TITULO

CON CORRECCION AO	0.50 cm
<b>ESTENOPEICO</b>	
SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/60
SIN CORRECCION AO	20/20

**EXAMEN EXTERNO Y MOTOR**

---

OD	NORMAL
OI	NORMAL

**COVER TEST**

---

LEJOS	ORTO
CERCA	X
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	4CM
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

**QUERATOMETRIA**

---

**OFTALMOSCOPIA**

---

OD	FON
OI	FON

**REFRACCION**

---

<b>OJO DERECHO</b>	
ESTATICA	20/
<b>OJO IZQUIERDO</b>	
ESTATICA	20/

**TEST ADICIONALES**

---

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
<b>RX EN USO</b>	

**DIAGNOSTICO**

---

DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
---------------	--------------------

OBSERVACIONES	1. CONTINUAR CON USO DE CORRECCIÓN
---------------	------------------------------------

**RECOMENDACIONES**

---

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	NO
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

**FORMULA OPTOMETRIA**

---

GENERAR FORMULA	NO
-----------------	----

**HISTORIA MANUAL**

---

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

## FORMULA OPTOMETRIA

---

OD  
OI  
ADICION

---

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.



Dra. Mónica Moscoso  
OPTOMETRICA  
Espec. Seguridad y Salud en el Trabajo  
R.P. T. C. 1014216950  
CASALLAS

---

MONICA ALEJANDRA MOSCOSO CASALLAS  
RM: 1014216950



---

CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ  
CC 1016011792

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

<b>Nombres y Apellidos</b>	CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ	<b>No. Documento</b>	1016011792
<b>Identificación</b>	CC	<b>Edad</b>	34 años 7 meses 12 días
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1988-07-04	<b>Empresa</b>	PACIENTE OCASIONAL
<b>Sexo</b>	M	<b>Sede</b>	CENDIATRA PRINCIPAL
<b>Fecha toma</b>	2023-02-16 09:00:00		

### GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	92	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

### HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ANEXO	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	.	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	.	%	36.0-52.0%
VCM	.	fl	76-96fl
HCM	.	pg	27.0-32.0pg
CHCM	.	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	.	%	<15.0%
LEUCOCITOS	.	mm3	5.000-10.000mm3

#### RECUENTO\_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	%	50-70%
LINFOCITOS	.	%	25-40%
MIXTAS	.	%	3-7%

#### RECUENTO\_DIFERENCIAL\_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	.	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	.	mm3	150-750mm3

#### RECUENTO\_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	.	mm3	150.000-400.000mm3

#### ADJUNTO

#### ADJUNTO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
--------	-----------	------------------	---------------------

### COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	140	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

### TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	153	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

### COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	44	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

### COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	65.4	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl



**Cendiatra**

*Natalia*  
Natalia Cardenas  
Bacterióloga UCMC  
R.P. 1013642792

# REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-02-16

---

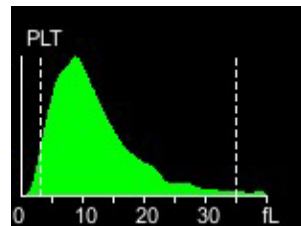
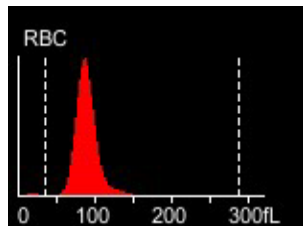
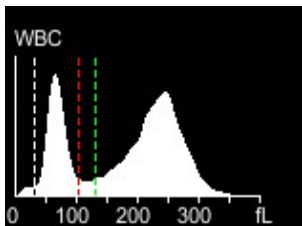
NATALIA CARDENAS  
1013642792  
Firma y sello del médico evaluador

# HEMOGRAMA

Nombre: Carlos Andrey ID de muestra: 1016011792  
Apellido(s): Rubiano Muñoz Edad:  
Género: Hombre  
Hora del informe: 2023/02/16 10:27



Parámetro	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	6,31	3,50-9,50	10 <sup>9</sup> /L
2 Lym%	29,7	20,0-50,0	%
3 Gran%	67,0	50,0-70,0	%
4 Mid%	3,3	3,0-9,0	%
5 Lym#	1,87	1,10-3,20	10 <sup>9</sup> /L
6 Gran#	4,23	2,00-7,00	10 <sup>9</sup> /L
7 Mid#	0,21	0,10-0,90	10 <sup>9</sup> /L
8 RBC	5,29	3,80-5,80	10 <sup>12</sup> /L
9 HGB	16,1	11,5-17,5	g/dL
10 HCT	45,8	35,0-50,0	%
11 MCV	86,6	82,0-100,0	fL
12 MCH	30,5	27,0-34,0	pg
13 MCHC	35,2	31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	13,2	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	39,0	35,0-56,0	fL
16 PLT	465 ↑	125-350	10 <sup>9</sup> /L
17 MPV	8,8	7,0-11,0	fL
18 PDW	10,1	9,0-17,0	fL
19 PCT	0,408 ↑	0,108-0,282	%
20 P-LCR	19,3	11,0-45,0	%
21 P-LCC	90	30-90	10 <sup>9</sup> /L



Natalia

Dra. Natalia Ximena Cárdenas Páez  
Bacteriologa Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca  
T.P:1013.642.792

Calle 19 # 3-50  
Teléfono: 7443001- EXT 1110  
Correo electronico: laboratoriprincipal@cendiatra.com

CERTIFICADO PSICOSENSOMETRICO

SEDE: CENDIATRA SUR 1

DIRECCIÓN: Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694

EMAIL: citas.sur@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-01-30

Nombres y apellidos: CARLOS ANDREY RUBIANO MUÑOZ CC: 1016011792

Fecha de nacimiento: 04/07/1988

Edad: 36 Sexo: MASCULINO

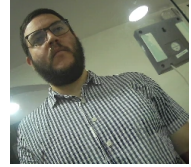
Empresa: PARTICULAR

Fecha ingreso: 2025-01-30 / 11:13:24

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2025-01-30 / 11:13:24

Cargo: INSTRUCTOR



ESTADO:

APROBADO

  
Erika Paola Montero Gil  
Psicóloga  
Especialista en Salud Ocupacional  
UPTC  
Lic. Res. 1424 de 2010

ERIKA MONTERO  
RM: N/A  
Firma y sello del médico



CARLOS ANDREY RUBIANO  
MUÑOZ  
CC: 1016011792  
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio