SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**94227-300518**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GÓMEZ VILLALBA FERNANDO AUGUSTO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.398.516	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	fagomezv@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	007770099955
IP/Nº de contacto:	43337	**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**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7442949/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**22625**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para ejecutar acciones de formación presencial en su sede principal y colegios del Programa de Articulación con la Media, en la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, áreas temáticas: Gestión

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025**	**Al**	**31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.199.022
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.308.623
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.599.511

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8389855548**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.859.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se desarrollaron las formaciones aplicando los lineamientos del nuevo Reglamento del aprendiz SENA

Se entregó informe de ejecución del contrato junto con sus soportes documentales

Se realizaron las formaciones a los Aprendices

Se realizaron seguimientos a la etapa productiva de los Aprendices

Se realizaron las evaluaciones de las notas de la competencia de inglés

Se registraron las asistencias de los Aprendices a las formaciones

Se asistió a reuniones programadas por la Coordinación de articulación con la media

Se elaboraron los informes de Desarrollo de la ruta de aprendizaje DRA

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



GÓMEZ VILLALBA FERNANDO AUGUSTO
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,

MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

20/10/25 03:28:52 USUARIO: SIC - C.C. 79398516

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA**, identificada con **CC** número **79398516**, aportó por **FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA** identificado(a) con **CC** número **79398516** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,840,000	0.16000	$294,400	$0	$0	Septiembre - 2025	8389855548	03/10/2025	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,840,000	0.12500	$230,000	$0	$0	Septiembre - 2025	8389855548	03/10/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,840,000	0.00522	$9,700	$0	$0	Septiembre - 2025	8389855548	03/10/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **Octubre**de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA			Identificación CC	Nro 79398516
Fecha de Nacimiento	1966-06-19	**Edad**	56	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2023-01-28 08:35:28	**Fecha Salida**	2023-01-28 11:28:24		

EXAMENES

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: ANUAL
OTRAS:	NO PRESENTA

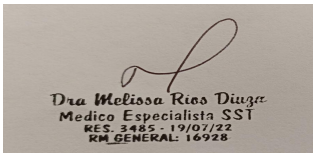
SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL	SI
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.



MELISSA RIOS DIUZA
RM: 16928
Firma y sello del médico

FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA
CC 79398516
Firma del trabajador

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2023-01-28

Fecha impresión : 2023-01-28

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA		
Identificación	CC	**Nro**	79398516
Fecha de Nacimiento	1966-06-19	**Edad**	56
Genero	M	**RH**	O +
Estado civil	Casado	**Escolaridad**	Postgrado
Estrato	4	**Ciudad**	Bogotá, D.C.
Direccion	direccion	**Telefono**	3112270731
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	**Cargo**	CONTRATISTA
Ciudad - Sede	Bogotá, D.C.	**Sede**	CENDIATRA NORTE

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

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

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	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	NEGATIVO
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO

PRUEBA IZQUIERDA

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

DIAGNOSTICOS

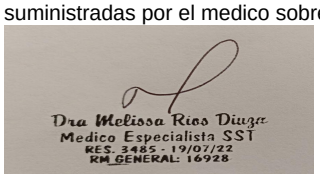
DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	

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.



MELISSA RIOS DIUZA
RM: 16928
Firma y sello del médico evaluador

FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA
Documento: CC 79398516
Firma del trabajador

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS CARDIOVASCULAR

Fecha Atención : 2023-01-28

Fecha impresión : 2023-01-28

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA		
Identificación	CC	**Nro**	79398516
Fecha de Nacimiento	1966-06-19	**Edad**	56
Genero	M	**RH**	O +
Estado civil	Casado	**Escolaridad**	Postgrado
Estrato	4	**Ciudad**	Bogotá, D.C.
Direccion	direccion	**Telefono**	3112270731
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	**Cargo**	CONTRATISTA
Ciudad - Sede	Bogotá, D.C.	**Sede**	CENDIATRA NORTE

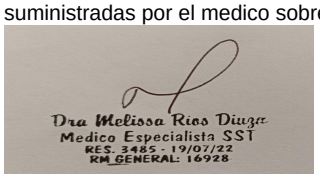
TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
ENFERMEDAD ACTUAL	
ENFERMEDAD ACTUAL	BUENAS CONDICIONES GENERALES
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)	53
TALLA (CM)	160
IMC (M2)	20.7
CLASIFICACION	Peso Normal
FC (MIN)	66
TA (MMHG)	118/76
RECOMENDACIONES	
RECOMENDACIONES	CAMBIOS SALUDABLES DEL ESTILO DE VIDA
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

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.





MELISSA RIOS DIUZA
RM: 16928
Firma y sello del médico evaluador

FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA
Documento: CC 79398516
Firma del trabajador

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 28/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR/NORTE
NOMBRE: FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA
CÉDULA: 79398516
EDAD: 56 CARGO: CONTRATISTA

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos pacíficos, cuidadoso, tercos, pasivos, controladores, formales, uniformes, calmados, se fijan a una rutina y hábitos de vida bien estructurados, de ánimo estabilizado, altamente productivos, reflexivos, capaces de volver a sus objetivos, a pesar de las dificultades que se le presenten.

- 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 para desempeñarse en el cargo.

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



FIRMA DEL EVALUADOR: _____

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/28
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA			Identificación CC	Nro 79398516
Fecha de Nacimiento	1966-06-19	**Edad**	56	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2023-01-28 09:06:52	**Fecha Salida**	2023-01-28 09:12:56		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO	
CIRUGIA OCULAR	SI	REFRACTIVA AO
GLAUCOMA	NO	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
ALERGIAS	NO	
OTROS	NO REFIERE	
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
OTROS	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/80
CON CORRECCION OD	20/40
SIN CORRECCION OI	20/60
CON CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/60
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
CON CORRECCION OD	0.75 cm
SIN CORRECCION OI	1.50 Mts.

CON CORRECCION OI	1 Mts.
SIN CORRECCION AO	0.50 cm
CON CORRECCION AO	0.75 cm
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	-
SIN CORRECCION OI	-
SIN CORRECCION AO	-

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	O
CERCA	X
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	5 CM
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NSE
OI	NSE

OFTALMOSCOPIA

OD	NSE
OI	NSE

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	-
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	-
DINAMICA	--
CICLOPLEJIA	-

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	-
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	-
OI	-

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H524: Presbicia

RECOMENDACIONES

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

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/28
www.cendiatra.com

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.

Estefanya Gonzalez Antivar
Optómetra
C.C. 101.844.69.48

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948

FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA
CC 79398516

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-28

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FERNANDO AUGUSTO GOMEZ VILLALBA		
Identificación	CC	**No. Documento**	79398516
Fecha de Nacimiento	1966-06-19	**Edad**	56 años 7 meses 9 dias
Sexo	M	**Empresa**	PACIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-28 08:10:00	**Sede**	CENDIATRA NORTE

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	87.9	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

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	120	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	127	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	47	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	47.6	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

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-28



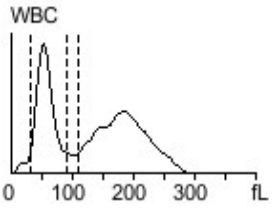
LUIS CARLOS SOLERA GARCIA
1065002660
Firma y sello del médico evaluador

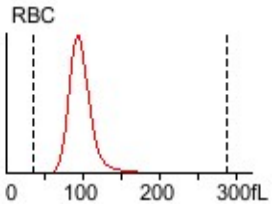
INFORME DE ANÁLISIS DE HEMATOLOGÍA

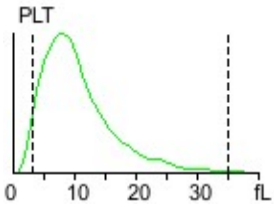
Nombre de pila: FERNANDO AUGUSTO
Apellido(s): GOMEZ VILLALBA
Género:
Fecha: 28-01-2023 09:52

Tipo de muestra:
ID de muestra: 79398516
Edad:

Parámetro	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	**4,79**	**3,50-9,50**	**10^9/L**
2 Lym%	37,1	20,0-50,0	%
3 Gran%	59,2	50,0-70,0	%
4 Mid%	3,7	3,0-9,0	%
5 Lym#	1,78	1,10-3,20	10^9/L
6 Gran#	2,83	2,00-7,00	10^9/L
7 Mid#	0,18	0,10-0,90	10^9/L
8 RBC	**4,60**	**3,80-5,80**	**10^12/L**
9 HGB	14,4	11,5-17,5	g/dL
10 HCT	43,5	35,0-50,0	%
11 MCV	94,5	82,0-100,0	fL
12 MCH	31,3	27,0-34,0	pg
13 MCHC	33,1	31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	13,2	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	42,7	35,0-56,0	fL
16 PLT	**277**	**125-350**	**10^9/L**
17 MPV	8,0	7,0-11,0	fL
18 PDW	9,1	9,0-17,0	fL
19 PCT	0,222	0,108-0,282	%
20 P-LCR	14,7	11,0-45,0	%
21 P-LCC	41	30-90	10^9/L







Luis Carlos Solera G.
Bacteriólogo
Reg 1065002660
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Dr Luis Carlos Solera García
Bacteriólogo Universidad de Córdoba
T.P: 1065002660

Autopista Norte # 106 - 93
Tel: 7442103 - 7464727 - 7562592 - 7443001 Ext 1528
Correo electronico: laboratorionorte@cendiatra.com