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** | **Marzo de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **10351-178734** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 9.397.382 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | ejgacia@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 550488443785594 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3209412567 | **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 2025** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:** | 9177139/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **44726** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 6 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial, |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/03/2026** | **Al** | **31/03/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 19.897.487 |
| **Número de pago** | **2** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 24.634.984 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 15.159.990 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.737.497 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.737.497** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.140.497** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Marzo | Febrero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **6008277400** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.999 | $ 1.894.999 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 236.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 303.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.900 | $ 9.900 |
| | | $ | |
| | | $ | |
| | | $ | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 20.687.730 | $ 1.047.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 1.047.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.140.497,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.197.397,00 | |
| 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 | 40.547,00 | 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** | **$4.696.950,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1-Programary realizar sesiones en línea Area TIC fichas 3388668 3388669 3388670 3388671 3388688 3388689 3388690 3388691 y 3236513

2-Crear y Atender foros dudas e inquietudes Área TIC fichas 3388668 3388669 3388670 3388671 3388688 3388689 3388690 3388691 y 3236513

3-Asistir a sesiones programación de transferencias grupo e-pedagogos

4-Asistir a sesiones programa padrinos CGA

5-Crear y atender chat sincrónico Área TIC de fichas 3388668 3388669 3388670 3388671 3388688 3388689 3388690 3388691 y 3236513

6-Asistiir reuniones EEF de fichas 3388668 3388669 3388670 3388671 3388688 3388689 3388690 3388691 y 3236513.

7-Realizar seguimiento y evaluaciones actividades Área TIC fichas 3388668 3388669 3388670 3388671 3388688 3388689 3388690 3388691 y 3

8-Actualizar evaluaciones plataforma SofiaPlus Area TIC Fichas 3388668 3388669 3388670 3388671 3388688 3388689 3388690 3388691 y 32365

**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

**EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2026.03.14 11:35:51 -05'00'

**DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO**
**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**
**MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

13/03/26 17:57:41 USUARIO: SIC - C.C. 9397382

DAVIVIENDA

## Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
139497485

**Destino de pago**
SOI ACH

**Motivo**
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

**Fecha**
13/03/2026

**Número de aprobación**
00497485

**Dirección IP**
45.171.182.93

**Valor transacción**
$ 550.000,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.80.25.153 | CC | 9397382 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 9397382 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOGAMOSO | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 37 SUR 9-21 | TELÉFONO: | 3209412 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Formación académica no formal. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6008277400** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/03/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 139497485 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002297390 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 303.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 303.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9001562642 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 236.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 236.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 9.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 9.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 550.000** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 550.000** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 9397382 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOGAMOSO | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 37 SUR 9-21 | TELÉFONO: | 3209412 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Formación académica no formal. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **6008277400** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/03/16 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 139497485 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 303.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 303.200 | $ 0 | $ 303.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 303.200** | **$ 0** | **$ 303.200** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 236.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 236.900 | $ 0 | $ 0 | $ 236.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 236.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 236.900** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.900 | $ 9.900 | $ 0 | $ 0 | $ 9.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.900** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 9397382 | GARCIA CORREDOR EDWARD JAVIER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.839.804 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.894.999 | $ 303.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 303.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.894.999 | $ 236.900 | $ 0 | $ 236.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.894.999 | 9397382 | $ 9.900 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 550.000**

**IPS MEDICINA Y SEGURIDAD SAS**

NIT: 900430951-9

**CONTACTOS**
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR | | | **GÉNERO:** Masculino |
| **TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 9397382 | **FECHA NACIMIENTO:** 20/09/1972 | **EDAD:** 51 año(s) 5 mes(es) 1 día(s) |
| **EMPRESA CONTRATANTE:** SENA | | | **TIPO EXAMEN:** Ingreso |
| **CARGO DESEMPEÑAR:** INSTRUCTOR | **JORNADA TRABAJO:** Diurno | | **FECHA:** 21/02/2024 |

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | 1. RECOMENDACIONES GENERALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Ninguna |
| X | 1.1. Remisión a EPS | | 1.3. Completar esquema vacunación | | 1.5. Suspender tabaquismo | | 1.7. Control de peso y nutrición | |
| | 1.2. Continuar manejo médico | | 1.4. Inicio o continuar actividad física | | 1.6. Reducir consumo de alcohol | | 1.8. Otras | |

| | 2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Ninguna |
| | 2.1. Calificación de origen | | 2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica | | 2.7. Pausas activas | | 2.9. Uso diario de bloqueador solar | |
| | 2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas | X | 2.5. Uso de elementos de protección personal | | 2.8. Uso de corrección visual | | 2.10. Otros | |
| | 2.3. Seguimiento por ARL | | 2.6. Pautas ergonómicas | | | | | |

| | 3. RESTRICCIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | No Aplica |
| | 3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts | | 3.4. Trabajos en temperaturas bajas | | 3.7. Trabajo en espacios confinados | | 3.10. Cargas | |
| | 3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts | | 3.5. Trabajo en temperaturas altas | | 3.8. Para conducción de vehiculos | | 3.11. Viajes | |
| | 3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos | | 3.6. Trabajos con riesgo eléctrico | | 3.9. Manipulación de alimentos | | 3.12. Otros | |

| | 4. CONCEPTO MÉDICO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales | | | | | | | | |
| X | Concepto Sin Restricciones para el cargo | | Sin Restricciones para trabajo eléctrico | | Requiere evaluar reubicación laboral | | Sin restricción para continuar su labor actual | |
| | Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones) | | Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas | | Requiere nueva valoración | | Sin diagnóstico de enfermedad laboral | |
| | Aplazado | | Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados | | Satisfactorio | | Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL | |
| | Sin Restricciones para manipulación de alimentos | | Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria | | Enfermedades de origen común | | Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral | |
| | Sin Restricciones para trabajo en alturas | | | | | | | |

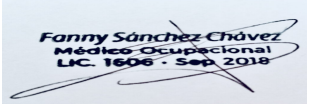
| | 5. EXÁMENES REALIZADOS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Examen Físico | | Rx Tórax | X | Perfil Lipídico | | TSH | | Frotis Faríngeo |
| X | Examen Físico con Énfasis Osteomuscular | | Rx Columna Lumbo Sacra | | Perfil Hepático | | Serología | | KOH Uñas |
| X | Audiometría | X | Cuadro Hemático | | Perfil Renal | | Ácido Úrico | | Coprológico |
| X | Optometría | X | Glicemia | | Frotis Sangre Periférica | | Tamizaje Drogas | | Baciloscopia |
| | Espirometría | | Electrocardiograma | | Hemoclasificación | | Alcohol | X | Evaluación Neuropsicológica |
| | Visiometría | | Parcial de Orina | | Espermograma | | Colinesterasa | X | Otro |

### 6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA OCASIONAL, SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y CONTROL VISUAL EN 1 AÑO. REMISION A EPS PARA PREVENCION DE RIESGO CARDIOVASCULAR
SE REALIZA EXAMEN CON ENFASIS EN SIST. CARDIOVASCULAR MUSCULO ESQUELETICO Y PSICOLOGICO

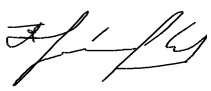
Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:**




FANNY SANCHEZ CHAVEZ
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 1606/SEP/2018

**PACIENTE:**



EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

**IPS MEDICINA Y SEGURIDAD SAS**

NIT: 900430951-9

**CONTACTOS**
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

# EPICRISIS - RESUMEN CONSULTA AUDIOMETRÍA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR | **TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 9397382 | **FECHA NACIMIENTO:** 20/09/1972 | **EDAD:** 51 año(s) 5 mes(es) 2 día(s) |
| **GÉNERO:** Masculino | **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA:** PARTICULAR | | **TIPO PLAN:** Otro | **TIPO VINCULACIÓN:** No Aplica |

| FINALIDAD CONSULTA | CAUSA | PRIMERA VEZ | FECHA EVENTO |
|---|---|---|---|
| No aplica | Enfermedad general | Si | 21/02/2024 10:03:35 |

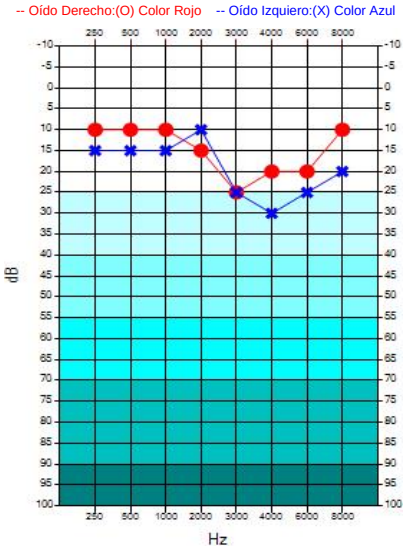
| | |
|---|---|
| **MOTIVO CONSULTA** | EXAMEN DE INGRESO |
| **ENFERMEDAD ACTUAL** | Sin Información |

## EXÁMEN AUDITIVO

### RESULTADOS OTOSCOPIA

| Pabellón Auricular | | Conducto Auditivo Externo | | Membrana Timpánica | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Oído Derecho** | Normal | **Oído Derecho** | Normal | **Oído Derecho** | Normal |
| **Oído Izquierdo** | Normal | **Oído Izquierdo** | Normal | **Oído Izquierdo** | Normal |

### AUDIOMETRÍA




**CONVENCIONES**

| | Oído Derecho | | Oído Izquierdo | |
|---|---|---|---|---|
| | Sin Masking | Con Masking | Sin Masking | Con Masking |
| Vía Aérea | o | Δ | x | □ |
| Vía Osea | < | [ | > | ] |
| Inaudible | ↓ | | ↓ | |

**VÍA AÉREA**

| FRECUENCIA EN HZ | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Oído Derecho** | 10 | 10 | 10 | 15 | 25 | 20 | 20 | 10 |
| **Oído Izquierdo** | 15 | 15 | 15 | 10 | 25 | 30 | 25 | 20 |

**INTERPRETACIÓN**

| SEVERIDAD - CAOHC | Oído Derecho | Oído Izquierdo |
|---|---|---|
| Normal (0 - 25 dB) | X | X |
| Leve (26 - 40 dB) | | |
| Moderado (41 - 55 dB) | | |
| Moderado Severa (56 - 70 dB) | | |
| Severa (71 - 90 dB) | | |
| Profunda (>90 dB) | | |
| Cofosis | | |

| INTERPRETACIÓN | |
|---|---|
| X | Control Auditivo en un Año |
| | Control Auditivo en Seis Meses |
| | Exámenes Audiológicos Complementarios |
| X | Uso Protección Auditiva |
| | Control por Otorrinolaringología |

**RECOMENDACIONES GENERALES**

UTILIZAR PROTECCION AUDITIVA AL EXPONERSE A ALTOS NIVELES DE RUIDO
UTILIZAR VENTANA DEL AUTO, TOTALMENTE ABIERTA O CERRADA, PARA EVITAR EXPOSICIÓN A GOLPES DE AIRE
REALIZAR PAUSAS AUDITIVAS

**OBSERVACIONES GENERALES**

AUDICION PERIFERICA BILATERAL DENTRO DE RANGOS DE NORMALIDAD, CON DESCENSO LEVE EN 4K EN OD IZQUIERDO



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

**CONTACTOS**
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

| | |
|---|---|
| **ANÁLISIS** | Sin Información |
| **PLAN** | Sin Información |

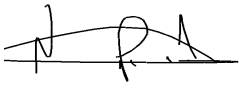
**INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO(S)**

| DIAGNÓSTICO | TIPO DIAGNÓSTICO | ¿ES PRINCIPAL? | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION (Z011) | Confirmado nuevo | Si | AUDICION PERIFERICA BILATERAL DENTRO DE RANGOS DE NORMALIDAD, CON DESCENSO LEVE EN 4K EN OD IZQUIERDO |

**INFORMACIÓN ORDENES**

| | |
|---|---|
| **MEDICAMENTO(S)** | Sin Información |
| **PROCEDIMIENTO(S) O EXAMEN (ES) DIAGNÓSTICO(S)** | Sin Información |
| **REMISIÓN(ES) MÉDICA(S)** | Sin Información |

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:**



MARIAN ROCIO PEREZ MONTAÑA
Foniatria y fonoaudiología



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

**IPS MEDICINA Y SEGURIDAD SAS**

NIT: 900430951-9

**CONTACTOS**
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

# EPICRISIS - RESUMEN CONSULTA OPTOMETRÍA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR | **TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 9397382 | **FECHA NACIMIENTO:** 20/09/1972 | **EDAD:** 51 año(s) 5 mes(es) 2 día(s) |
| **GÉNERO:** Masculino | **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA:** PARTICULAR | | **TIPO PLAN:** Otro | **TIPO VINCULACIÓN:** No Aplica |

| FINALIDAD CONSULTA | CAUSA | PRIMERA VEZ | FECHA EVENTO |
|---|---|---|---|
| No aplica | Otra | Si | 21/02/2024 9:36:15 |

| | |
|---|---|
| **MOTIVO CONSULTA** | INGRESO |
| **ENFERMEDAD ACTUAL** | NO REPORTA |

## EXÁMEN OPTOMETRÍA

| SÍNTOMAS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cefalea | | Dolor o Ardor | | Mala Visión de Lejos | | Fotofobia | | Resequedad | | **Último Exámen Visual:** 1 AÑO | |
| Lagrimeo o Secreción | | Ojos Rojos | | Visión Doble / Borrosa | | Dificultad Enfoque | | Salto de Renglón | | | |
| Cansancio | | Mala Visión de Cerca | | Pesadez Palpebral | | Pesadez Palpebral | | Otros | | | |
| **ANTEOJOS** | | | | | | | | **LENTES CONTACTO** | | | |
| Para Lejos | | Para Cerca | | Permanentes | | Temporales | | No | | | |

| MOTILIDAD OCULAR | | | Visión Cromática |
|---|---|---|---|
| **Cover Test** | | // | Normal |
| **Visión Lejana** | **Visión Próxima** | **Punto Próximo Convergencia** | **Estereopsis** |
| ORTO | EXO | 8 CM | Normal |

| EXÁMEN EXTERNO |
|---|
| Segmento Anterior Normal |

| AGUDEZA VISUAL | | | | INTERPRETACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OJO DERECHO** | | **OJO IZQUIERDO** | | Problema de refracción no corregido | |
| **Visión Lejana** | | **Visión Lejana** | | Problema de refracción adecuadamente corregido | X |
| **Sin Corrección:** 20/30 | **Con Corrección:** 20/20 | **Sin Corrección:** 20/30 | **Con Corrección:** 20/20 | Problema de refracción inadecuadamente corregido | |
| **Visión Próxima** | | **Visión Próxima** | | No requiere corrección | |
| **Sin Corrección:** 20/60 | **Con Corrección:** 20/20 | **Sin Corrección:** 20/60 | **Con Corrección:** 20/20 | Adecuadamente corregida para patología de base | |

| LENSOMETRÍA | | | QUERATOMETRÍA |
|---|---|---|---|
| **OJO DERECHO** | **OJO IZQUIERDO** | **TIPO LENTE** | **Ojo Derecho:** 425/4375*0 |
| **Visión Lejana:** . | **Visión Lejana:** . | **Visión Lejana:** . | **Ojo Izquierdo:** 4250/4375*0 |
| **Visión Próxima:** . | **Visión Próxima:** . | **Visión Próxima:** . | **RETINOSCOPÍA** |
| **SUBJETIVO** | | | **Ojo Derecho:** N-0.5 |
| **Ojo Derecho** | **Agudeza Visual** | **Adición** | **Ojo Izquierdo:** N-0.50 |
| . | . | . | **OFTALMOSCOPÍA** |
| **Ojo Izquierdo** | **Agudeza Visual** | **Adición** | **Ojo Derecho:** NORMAL |
| . | . | . | **Ojo Izquierdo:** NORMAL |

| FÓRMULA FINAL | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **OJO DERECHO** | | | | | | | |
| **Esfera** | **Cilindro** | **Eje** | **Adición** | **Agudeza Visual** | **Altura** | **Distancia Pupilar** | **Tipo Lente** |



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

**CONTACTOS**
7704509 - 3214522306
medicinayseguridad@hotmail.com
Carrera 11 A # 17 - 64
Sogamoso (Boyacá)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | -0.50 | 0 | 1.50 | 20/20 | | . | . |

| OJO IZQUIERDO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Esfera** | **Cilindro** | **Eje** | **Adición** | **Agudeza Visual** | **Altura** | **Distancia Pupilar** | **Tipo Lente** |
| 0 | -0.50 | 0 | 1.50 | 20/20 | | . | . |

**OBSERVACIONES**

Forma de Uso: Permanente -
Control: Anual

| LENTES CONTACTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OJO DERECHO | | | | | |
| **Curva Base** | **Diámetro** | **Poder** | **Material** | **Color** | **Diseño** |
| . | . | . | . | . | . |
| OJO IZQUIERDO | | | | | |
| **Curva Base** | **Diámetro** | **Poder** | **Material** | **Color** | **Diseño** |
| . | . | . | . | . | . |

**RECOMENDACIONES GENERALES**

CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA OCASIONAL, SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y CONTROL VISUAL EN 1 AÑO.

**OBSERVACIONES GENERALES**

CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA OCASIONAL, SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y CONTROL VISUAL EN 1 AÑO.

| | |
|---|---|
| **ANÁLISIS** | Sin Información |
| **PLAN** | Sin Información |

**INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO(S)**

| DIAGNÓSTICO | TIPO DIAGNÓSTICO | ¿ES PRINCIPAL? | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PRESBICIA (H524) | Confirmado nuevo | Si | CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA OCASIONAL, SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y CONTROL VISUAL EN 1 AÑO. |

**INFORMACIÓN ORDENES**

| | |
|---|---|
| **MEDICAMENTO(S)** | Sin Información |
| **PROCEDIMIENTO(S) O EXAMEN (ES) DIAGNÓSTICO(S)** | Sin Información |
| **REMISIÓN(ES) MÉDICA(S)** | Sin Información |

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:**



SERGIO FELIPE CORTES MORALES
Optometria



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

## EVALUACIÓN - VALORACIÓN PSICOLÓGICA

**Fecha valoración:** 21/02/2024 **Departamento:** Boyacá **Cuidad:** Sogamoso

**Información Personal**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** Edward Javier García Corredor | ***Documento:*** 9397382 |
| ***Edad:*** 51 años | ***Experiencia:*** 23 años |
| ***Tipo sangre:*** O+ | ***Cargo:*** Instructor virtual |
| ***Nivel educativo:*** Pregrado | ***Entidad:*** SENA Centro de Materiales |
| ***Estado civil:*** Casado | ***Número de hijos:*** 3 |

## RESULTADOS

### CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS-TERCERA VERSIÓN

| Total puntaje Cuestionario de Evaluación de Estrés. | Puntaje Transformado | Nivel de Estrés |
|---|---|---|
| | 1.78 | Muy Bajo |

| *INTERPRETACION NIVELES DE RIESGO* |
|---|
| ***Muy bajo:*** **ausencia de síntomas de estrés u ocurrencia muy rara que no amerita desarrollar actividades de intervención específicas, salvo acciones o programas de promoción en salud**<br>**Bajo: es indicativo de baja frecuencia de síntomas de estrés y por tanto escasa afectación del estado general de salud. Es pertinente desarrollar acciones o programas de intervención, a fin de mantener la baja frecuencia de síntomas.**<br>**Medio: la presentación de síntomas es indicativa de una respuesta de estrés moderada. Los síntomas más frecuentes y críticos ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales en la salud. Además, se sugiere identificar los factores de riesgo psicosocial intra y extralaboral que pudieran tener alguna relación con los efectos identificados.**<br>**Alto: la cantidad de síntomas y su frecuencia de presentación es indicativa de una respuesta de estrés alto. Los síntomas más críticos y frecuentes requieren intervención en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica. Además, es muy importante identificar los factores de riesgo psicosocial intra y extralaboral que pudieran tener alguna relación con los efectos identificados.**<br>**Muy alto: la cantidad de síntomas y su frecuencia de presentación es indicativa de una respuesta de estrés severa y perjudicial para la salud. Los síntomas más críticos y frecuentes requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica. Así mismo, es imperativo identificar los factores de riesgo psicosocial intra y extralaboral que pudieran tener alguna relación con los efectos identificados.** |

YEIMY JOHANNA PEREZ SIERRA
Correo: perez.yeimy@outlok.com

***CONCEPTO FINAL:*** Se logra percibir por medio de la valoración, que el usuario se muestra tranquilo y responde de forma coherente a las indicaciones dadas, obteniendo así un nivel muy bajo según el cuestionario aplicado. Por consiguiente, se deduce que tiene ausencia de síntomas de estrés y que es psicológicamente **apto** para desempeñar el cargo de ***Instructor***; ya que cuenta con características que le permiten realizar con éxito su labor y hacer frente a los factores de riesgo psicosociales, de esta manera proteger así su salud mental.

**Observaciones y recomendaciones:**

- Llevar a cabo ejercicios de relajación frente a situaciones críticas.
- Asistir a actividades de promoción, prevención de la salud mental y manejo de estrés**.**
- Se sugiere llevar a cabo valoración psicológica anual.

YEIMY JOHANNA PÉREZ SIERRA
PSICÓLOGA
T.P 271745

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

## CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS TERCERA VERSIÓN

Señale con una X la casilla que indique la frecuencia con que se le han presentado los siguientes malestares en los últimos tres meses.

| Malestares | Siempre | Casi siempre | A veces | Nunca |
|---|---|---|---|---|
| 1. Dolores en el cuello y espalda o tensión muscular. | | | | X |
| 2. Problemas gastrointestinales, úlcera péptica, acidez, problemas digestivos o del colon. | | | | X |
| 3. Problemas respiratorios. | | | | X |
| 4. Dolor de cabeza. | | | | X |
| 5. Trastornos del sueño como somnolencia durante el día o desvelo en la noche. | | | X | |
| 6. Palpitaciones en el pecho o problemas cardíacos. | | | | X |
| 7. Cambios fuertes del apetito. | | | | X |
| 8. Problemas relacionados con la función de los órganos genitales (impotencia, frigidez). | | | | X |
| 9. Dificultad en las relaciones familiares. | | | | X |
| 10. Dificultad para permanecer quieto o dificultad para iniciar actividades. | | | | X |
| 11. Dificultad en las relaciones con otras personas. | | | | X |
| 12. Sensación de aislamiento y desinterés. | | | | X |
| 13. Sentimiento de sobrecarga de trabajo. | | | | X |
| 14. Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes. | | | | X |
| 15. Aumento en el número de accidentes de trabajo. | | | | X |
| 16. Sentimiento de frustración, de no haber hecho lo que se quería en la vida. | | | | X |
| 17. Cansancio, tedio o desgano. | | | | X |
| 18. Disminución del rendimiento en el trabajo o poca creatividad. | | | | X |
| 19. Deseo de no asistir al trabajo. | | | | X |
| 20. Bajo compromiso o poco interés con lo que se hace. | | | | X |
| 21. Dificultad para tomar decisiones. | | | | X |
| 22. Deseo de cambiar de empleo. | | | | X |
| 23. Sentimiento de soledad y miedo. | | | | X |
| 24. Sentimiento de irritabilidad, actitudes y pensamientos negativos. | | | | X |
| 25. Sentimiento de angustia, preocupación o tristeza. | | | | X |

YEIMY JOHANNA PEREZ SIERRA
Correo: perez.yeimy@outlok.com

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 26. Consumo de drogas para aliviar la tensión o los nervios. | | | | X |
| 27. Sentimientos de que "no vale nada", o " no sirve para nada". | | | | X |
| 28. Consumo de bebidas café | X | | | |
| 29. Sentimiento de que está perdiendo la razón. | | | | X |
| 30. Comportamientos rígidos, obstinación o terquedad. | | | | X |
| 31. Sensación de no poder manejar los problemas de la vida. | | | | X |

YEIMY JOHANNA PEREZ SIERRA
Correo: perez.yeimy@outlok.com

WINLAB
LABORATORIO CLÍNICO

10027638



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Orden No** | : 10027638 | **Tipo de Contrato** | : OCUPACIONAL |
| **Paciente** | : EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR | **Fecha Ingreso** | : 2024-02-21 08:46:58 |
| **Documento** | : 9397382 | **Fecha de Impresión** | : 2024-02-21 10:55:49. |
| **Edad/Sexo** | : 51 / M | | |
| **Convenio** | : MEDICINA Y SEGURIDAD | | |
| **Médico** | : MEDICOS VARIOS | | |

## HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento de Leucocitos | **6.52** | x10e3/uL | 4.50 - 10.0 x10e3/uL |
| % Granulocitos | **63.5** | % | 50.0 - 67.0 % |
| % Linfocitos | **30.2** | % | 18.0 - 48.3 % |
| % MID | **6.3** | % | 3.00 - 26.0 % |
| # Granulocitos | **4.14** | x10e3/uL | 2.00 - 7.8 x10e3/uL |
| # Linfocitos | **1.97** | x10e3/uL | 1.00 - 4.10 x10e3/uL |
| # MID | **0.41** | x10e3/uL | 0.10 - 2.90 x10e3/uL |
| Recuento de Eritrocitos | **6.19** | x10e3/uL | 4.06 - 6.98 x10e3/uL |
| Hemoglobina | **17.0** | g/dL | 12.9 - 19.2 g/dL |
| Hematocrito | **51.3** | % | 41.7 - 57.7 % |
| Volumen Corpuscular Medio | **82.9** | fL | 75.0 - 98.0 fL |
| HB Corspuscular Media | **27.5** | pg | 27.8 - 35.5 pg |
| Concentración HB Corpucular Media | **33.2** | g/dL | 30.6 - 37.4 g/dL |
| Ancho Distribución Eritrocitaria | **11.9** | % | 11.0 - 14.8 % |
| Recuento de Plaquetas | **223** | x10e3/uL | 150 - 450 x10e3/uL |
| Volumen Plaquetario Medio | **8.0** | fL | 6.30 - 10.6 fL |
| Ancho de Distribución Plaquetas | **13.7** | 10(GSD) | |
| Plaquetocrito | **0.179** | % | |

*DEYSI TATIANA NIETO GOMEZ*
*BACTERIOLOGA*
*T.P. 1057574084*

## QUIMICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Colesterol Total | **202** | mg/dl | |
| | | | Optimo : Hasta 200 mg/dl |
| | | | Moderado: 200 - 239 mg/dl |
| | | | Elevado : > 240 mg/dl |
| Observaciones | **DATO CONFIRMADO** | | |

WINLAB
LABORATORIO CLÍNICO

10027638



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Orden No** | : 10027638 | **Tipo de Contrato** | : OCUPACIONAL |
| **Paciente** | : EDWARD JAVIER GARCIA CORREDOR | **Fecha Ingreso** | : 2024-02-21 08:46:58 |
| **Documento** | : 9397382 | **Fecha de Impresión** | : 2024-02-21 10:55:49. |
| **Edad/Sexo** | : 51 / M | | |
| **Convenio** | : MEDICINA Y SEGURIDAD | | |
| **Médico** | : MEDICOS VARIOS | | |

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| Niveles de Glucosa | **120** | mg/dl | |
| | | | Niños : 60 - 100 mg/dl |
| | | | Adultos 18-60 años : 74 - 106 mg/dl |
| | | | Adultos 60-90 años: 82 - 115 mg/dl |
| Observaciones | **DATO CONFIRMADO** | | |
| Colesterol de Alta Densidad - HDL | **45.3** | mg/dl | |
| | | | Hombres Mujeres |
| | | | Riesgo Menor : > 50 mg/dl |
| | | | Riesgo Normal : 40-60 mg/dl |
| | | | Riesgo Elevado: < 40 mg/dl |
| Colesterol de Baja Densidad - LDL | **143.5** | mg/dl | 79 Hasta 189 |
| Triglicéridos | **66** | mg/dl | |
| | | | Hombres :40 - 160 mg/dl |
| | | | Mujeres :35 - 135 mg/dl |

*DEYSI TATIANA NIETO GOMEZ*
*BACTERIOLOGA*
*T.P. 1057574084*