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** | **14 de Marzo de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **37679-699398** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ANA PATRICIA SEPULVEDA PARRA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 51.920.434 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | asepulvedap@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 20368214915 |
| **IP/Nº de contacto:** | 5461500 | **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:** | Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 9045827/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **28626** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **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:** | $ 45.006.221 |
| **Número de pago** | **2** | **Valor Total del Contrato:** | $ 49.743.718 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 40.268.724 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.737.497 | Honorarios profesionales a persona NO declarante d | 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** | | ---------- | **1080410090** |
| **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% | $ 37.927.505 | $ 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

Seguimiento de las fichas relacionadas con la fase de ejecuciòn Proyecto Pool 886589

Aplicar los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, cumplimiento, puntualidad FPI.

Apoyar actividades de subdirección, tales como apoyo de aprendices Pool a eventos de la Regional Distrito Capital

solicitud de aprendices para los jefes, mediante formularios de las diferentes dependencias.

Logística para aprendices entrantes y saliente al Proyecto Pool 886589 (seguimiento, informe a nuevas fichas, solicitud información )

Descargar listados en sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de las fichas que entran.

Seguimiento aprendices que presentan novedades, reuniones, actas y reasignaciones cuando se han generado.

Reuniones por Teams y presenciales, con jefes con el fin de conocer aspectos actitudinales y academicos de los aprendices.

Entrevistas para aprendices entrantes del próximo trimestre, inicio de asignación de aprendices para el proyecto 886589.

**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



**ANA PATRICIA SEPULVEDA PARRA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

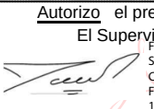
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



Firmado digitalmente por SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
Fecha: 2026.03.20 10:57:51 -05'00'

**SAMIR ARTURO BRAVO CHADID**
**INSTRUCTOR G19**

**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)**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2026-03-11, 02:27:35 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080410090

**Periodo Cotización** 202602 **Periodo Servicio** 202602

**Cliente:**

## PAGADA 2026-03-11

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANA PATRICIA SEPULVEDA PARRA | | | | |
| **Documento** | CC 51920434 | **Dirección** | CR 69C #8 - 50 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6456292 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 51920434 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | SEPULVEDA PARRA ANA PATRICIA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 1.895.000 | 25-14 | | 16 % | $ 1.895.000 | $ 303.200 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 1.895.000 | $ 236.900 | $ 0 | 14-23 | 1 | 0,522 % | $ 1.895.000 | $ 9.900 | CCF24 | 0,6 % | $ 1.895.000 | $ 11.400 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | POSITIVA DE SEGUROS | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 303.200 | $ 0 | $ 0 | $ 236.900 | $ 9.900 | $ 11.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 561.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Certificado de aptitud laboral
## Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



**Fecha:** 06/Ene/2026, **Hora:** 09:12:32 a.m.
**Apellido:** SEPULVEDA PARRA
**Nombre:** ANA PATRICIA
**HC:** # 90283
**Edad:** 57 años
**Tipo Doc:** CC
**Nro Identidad:** 51920434
**Sexo:** Femenino ♀
**Empresa:** PARTICULAR
**Nacim:** 06/Jul/1968
**Emp. Usuaria:** PARTICULAR
**Cargo:** INSTRUCTORA
**Rh:** O+
**Direccion:** CRA 69C # 8-50
**Telefono:** **Celular:** 3005573937 **Email:** ANAPATRICIA.SEPULVEDA@YAHOO.COM **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - CIUDAD KENNEDY
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

| Examenes Realizados | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☑ Audiometría tamiz | ☑ Visiometría | ☑ Glicemia | ☑ Valoracion psicologica | ☑ Perfil lipidico | ☑ Enfasis cardiovascular |
| ☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular | | | | | |

**Recomendaciones Especificas**

| S.V.E. | Estilo de Vida Saludable |
|---|---|
| | * Ejercicio regular<br>* Dieta balanceada |

| Medicas | Laborales |
|---|---|
| * Audiometría de control en un año | * Pausas activas<br>* Mantener adecuada higiene postural |

**Concepto**

Apto para el cargo con recomendaciones

**Recomendaciones Personalizadas**

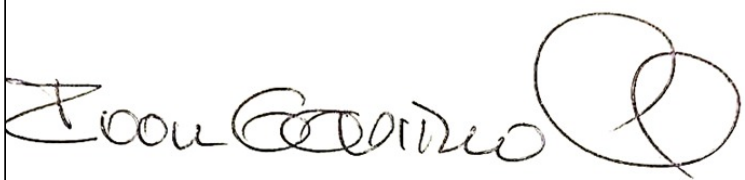
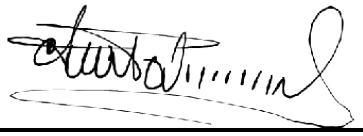
Uso de epp
uso de doble proteccion auditiva en zonas de ruido , no uso de radios, audifonos, equipos de sonido.
uso de lentes

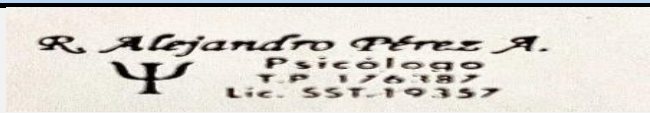
**Observaciones**

Covid 4 Dosis
Imc 20,94

**Consentimiento Informado**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
|  | |  |
| **Ivan dario gaviria montoya**<br>Medico especialista sst<br>**Lic. de S.O #:** 7629 010716<br>**Registro #:** 70129523 | | Ana patricia sepulveda parra<br>CC 51920434 |

| FECHA DEL EXAMEN | 6/01/2026 11:14 |
|---|---|
| IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud | VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA |
| TIPO DE EXAMEN | VALORACIÓN PSICOLÓGICA |
| DATOS DEL PACIENTE | |
| NOMBRE COMPLETO | Ana Patricia Sepulveda Parra |
| IDENTIFICACIÓN | 51920434 |
| EDAD | 57 AÑOS |
| EMPRESA | Particular |
| CARGO | Instructor SENA |
| SEXO: | Femenino ♀ |
| CONCEPTO | APTO + |
| VP(A): El candidato se encuentra dentro de un perfil normal, en sus tres esferas mentales y no se evidencia ninguna alteración socio-afectivo-emocional. En entrevista se descartan posibles trastornos. | |
| PSICÓLOGO | FIRMA |
| R. ALEJANDRO PÉREZ ARTEAGA |  |
| TARJETA PROFESIONAL: 176387 | |
| RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024 | |

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Visiometria



**Fecha:** 06/Ene/2026, **Hora:** 09:12:32 a.m.
**HC:** # 90283
**Apellido:** SEPULVEDA PARRA **Nombre:** ANA PATRICIA
**Edad:** 57 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 51920434
**Sexo:** Femenino ♀
**Direccion:** CRA 69C # 8-50
**Telefono:** **Celular:** 3005573937 **Email:** ANAPATRICIA.SEPULVEDA@YAHOO.COM **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - CIUDAD KENNEDY
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

| Antecedentes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | | **Familiares** | | **Laborales** | |
| Hipertension Arterial | No | Hipertension Arterial | No | | No |
| Diabetes | No | Diabetes | No | | No |
| Hipercolesterolemia | No | Glaucoma | No | | No |
| Glaucoma | No | Cataratas | No | | No |
| Migraña | No | Miopía | No | | No |
| Cataratas | No | Astigmatismo | No | | No |
| Cirugías Oculares | No | Hipermetropía | No | | No |
| Traumas Oculares | No | | | | |
| Cuerpos Extraños | No | | | | |
| Hipermetropía | No | | | | |
| Astigmatismo | No | | | | |
| Miopía | No | | | | |

| Correccion | |
|---|---|
| Usa Lentes | Si |
| Solo Cerca | Si |
| De Contacto | No |
| Solo Lejos | No |
| Permanentes | No |
| Bifocales / Progresivos | No |
| Presenta corrección óptica durante el examen | Si |

| Evaluacion | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Agudeza Visual** | **Vision de Lejos SC** | **Vision de Cerca SC** | **VL CC** | **VP CC** | **ADD** |
| O.D. | 20/20 | 1.50m | | 0.50 M | |
| O.I. | 20/20 | 1.50m | | 0.50 M | |
| A.O. | 20/20 | 1.50m | | 0.50 M | |

| Examen Externo | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Percepcion del Color** | | | **Convergencia** | |
| Percepcion Anormal | No | | Lejos | No |
| | | | Cerca | No |

| Interpretacion | Lejos | | Cerca | |
|---|---|---|---|---|
| | **Derecho** | **Izquierdo** | **Derecho** | **Izquierdo** |
| Agudeza Visual Normal | X | X | | |

**Patologia de Refraccion**

| | | |
|---|---|---|
| Adecuadamente Corregida | X | X |
| Inadecuadamente Corregida | | |
| No Corregida | | |

| Interpretacion | Normal | Anormal |
|---|---|---|
| Vision de Profundidad | X | |
| Percepcion de Colores | X | |
| Forias | X | |
| Vision Periferica | X | |

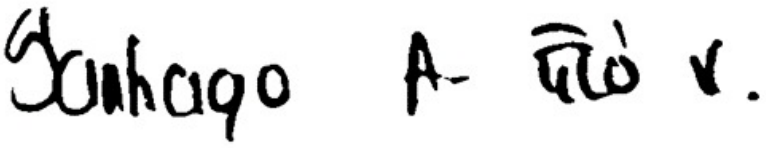
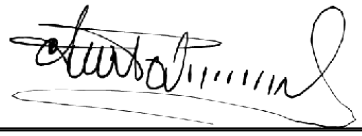
**Concepto**

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

**Recomendaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Debe usar correccion para laborar | Si X No | Valoracion por Optometria | Si No X | Valoracion por Oftalmologia | Si No X | Se recomienda control de Visiometria | en 12 Meses |

**Conducta** Dx: H524. Buenas Condiciones Visuales, Seguir Con Lentes De Lectura, Se Explica Estado Visual, Se Recomienda Control Anual Con Optometría Para Verificar Estado Visual, Se Sugiere Buenas Condiciones De Iluminación En Sitio De Trabajo Y Realizar Pausas Activas Visuales Durante La Jornada Laboral, En Actividades Que Lo Ameriten Hacer Uso De Elementos De Protección Personal, En Actividades Con Uso De Dispositivos O Pantallas Distancia Adecuada De Las Mismas Y Lavado De Manos De Manera Frecuente.

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
|  | |  |
| **Santiago alberto filo velásquez**<br>Optometra<br>**Lic. de S.O #:** 6268<br>**Registro #:** 11/08/2023 | | Ana patricia sepulveda parra<br>CC 51920434 |

Exisalud IPS
NIT. 901.385.351-0
Servicios Integrales en Salud

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Audiometria Tamiz



**Fecha:** 06/Ene/2026, **Hora:** 09:12:32 a.m.
**HC:** # 90283
**Apellido:** SEPULVEDA PARRA **Nombre:** ANA PATRICIA **Edad:** 57 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 51920434 **Sexo:** Femenino ♀
**Direccion:** CRA 69C # 8-50
**Telefono:** **Celular:** 3005573937 **Email:** ANAPATRICIA.SEPULVEDA@YAHOO.COM **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - CIUDAD KENNEDY
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

**Antecedentes**

| Personales | Si/No | OI/OD | Personales | Si/No | Tiempo | Uso EPP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cirugia | No | Ninguno | Practica de tiro | No | | No |
| Otalgia | No | Ninguno | Presto el servicio militar | No | | No |
| Otorrea | No | Ninguno | Musica a alto volumen | Si | Ocasional | No |
| Prurito | No | Ninguno | Audífonos / Diademas | Si | Ocasional | No |
| Acufeno | No | Ninguno | Uso de motocicleta | No | | No |
| Vertigo | No | Ninguno | Actividades Acuaticas | Si | Ocasional | No |
| Consumo medicinas Ototoxicas | No | Ninguno | Frecuencia sitios ruidosos | No | | No |
| Consumo del cigarrillo | No | Ninguno | | | | |
| Trabajo con Exposicion | Si | Ambos | | | | |

**Antecedentes Laborales**

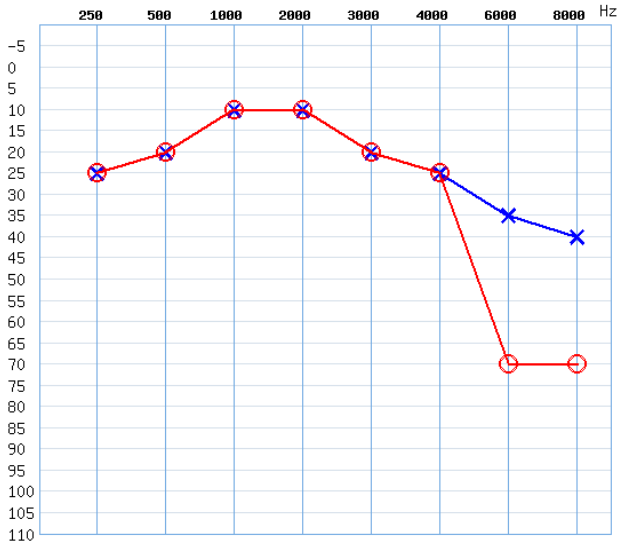
| Empresa | Puesto de Trabajo | Duracion en la Empresa | Exposicion a Ruido | Jornada Laboral | Medidas de Control |
|---|---|---|---|---|---|
| Independiente | Instructora | 10 Años | No | 6 Horas | No Aplica |

## OTOSCOPIA

**Oido Derecho** Normal **Oido Izquierdo** Normal

**Observ** **Observ**

**Gatiso OD** **Gatiso OI**




**PTA Oido Izquierdo** 15 15 **PTA Oido Derecho**

| | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Oido Izquierdo:** | 25 | 20 | 10 | 10 | 20 | 25 | 35 | 40 |
| **Oido Derecho:** | 25 | 20 | 10 | 10 | 20 | 25 | 70 | 70 |

**Diagnostico Audiologico:**

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

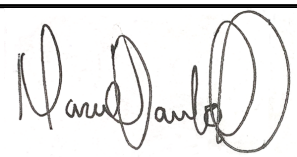
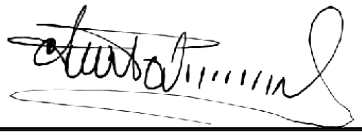
Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

H919
Oi: Descenso Leve En Las Frecuencias De 6000 Y 8000hz
Od: Descenso Moderado Severo En Las Frecuencias De 6000 Y 8000hz

**Recomendaciones:**

Control Anual, Reposo Auditivo Extra Laboral

| **Firma Medico** | | **Firma Paciente** |
|---|---|---|
|  | |  |
| **Maria paula cardona andrade**<br>Fonoaudiologa sst<br>**Lic. de S.O #:** 8276/01122022<br>**Registro #:** 1018461066 | | Ana patricia sepulveda parra<br>CC 51920434 |

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | **Ana Patricia Sepulveda Parra** | **Codigo:** | **90283** |
| **Edad:** | **57 años** | **Fecha:** | **6/01/2026** |
| **Identificación:** | **51.920.434** | **Sexo:** | **Femenino** |

**QUIMICA**

| Nombre del Examen | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|---|---|---|---|
| Glicemia Pre | 84 | mg/dl | 70 a 110 |
| Colesterol Total | 199 | mg/dl | Menor a 200 |
| Colesterol H.D.L. | 42 | mg/dl | H:30 -70; M: 30 - 85 |
| Colesterol L.D.L. | 130 | mg/dl | |
| Trigliceridos | 135 | mg/dl | Menor a 150 |

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1