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	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**22628-639408**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GIOVANNI EDUARDO CASTRO HIGUERA	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	79.626.711	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gecastroh@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0332247006
IP/Nº de contacto:		**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:	8983884/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**7326**	**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	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.268.724
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.531.227

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

		Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1080964544**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 9.900	$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	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	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.094.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

Publicación de contenidos y evidencias en Classroom, para las fichas: 3388186-3388439 TGE, 3171742 TGA, 3228284-3228266 TGA y 3436578

Diligenciar el Formato control de asistencia a formación.

Actualización planes de trabajo mensual.

Elaboración Actas de trazabilidad y cierre, para las fichas: 3388186-3388439 TGE, 3171742 TGA, 3228284-3228266 TGA y 3436578 TAA.

Generar reporte de tiempos de instructor en Sofía Plus.

Reportar inasistencias del aprendiz en Sofía Plus.

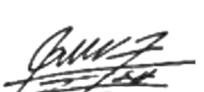
Descargar reportes de juicios de evaluación en Sofía Plus.

Pago de planilla de seguridad social.

Calificar juicios en Sofía Plus para los aprendices que aprobaron correspondientes a las fichas: 3388186-3388439 TGE, 3171742 TGA, 322

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



GIOVANNI EDUARDO CASTRO HIGUERA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

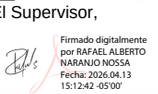
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

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 2026-04-06, 11:25:38 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080964544

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202603

PAGADA 2026-04-06 11:20:46.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GIOVANNI EDUARDO CASTRO HIGUERA				
Documento	CC 79626711	**Dirección**	TV 22A #60 - 10 APTO 202		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3002242397		
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 79626711		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00				N	CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO	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	0				$ 1.894.999	230201		16 %	$ 1.894.999	$ 303.200	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.894.999	$ 236.900	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.894.999	$ 9.900	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

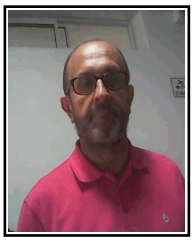
IV.TOTALES

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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 236.900	$ 9.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000

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!

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 118.799

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO	MASCULINO	50 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	79626711 (Número)

Cargo: **CONTRATISTA**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PROTECCION	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
LAB CLÍNICO (GLICEMIA)	✓	ENFASIS CARDIOVASCULAR	✓
PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)	✓	ENFASIS DERMATOLOGICO	✓
TEST PSICOLÓGICO (WARTEGG)	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA EN SU EPS		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES.
REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE, HIGIENE POSTURAL.
CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA.

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 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 leído 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.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 91298303 - SERGIO MAURICIO URIBE

R. M.: 0843-08 **L.S.O.:** 19396

Código de Seguridad
G99M1S118799

Aspirante o Trabajador

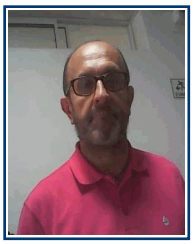


Firma:

Nombre: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO

CC: 79626711

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 330

Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) 08/01/2026 - 02:20 P. M. **Fecha Atención:** 08/01/2026 02:20:13p. m.

CC: 79626711 **Nombres y Apellidos:** CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARD **Fecha de Nacimiento:** 30/03/1975 **Edad:** 50 AÑOS 9 MESES 10 DÍA

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** BOGOTA **Teléfono:** **Celular:** 3002242397

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** CONTRATISTA

Funciones del Cargo: **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

1. EXPLICACIÓN DEL INFORME

El presente informe se elabora con base en la aplicación e interpretación del TEST DE WARTEGG, instrumento que permite evaluar aspectos de la personalidad relacionados con el ámbito laboral, tales como la responsabilidad, estabilidad emocional, adaptación, motivación y relaciones interpersonales. A través del análisis de las respuestas gráficas y escritas del paciente, se identifican patrones de comportamiento y actitudes frente al trabajo, lo cual facilita establecer un concepto psicológico integral sobre su idoneidad para el cargo de aportando elementos objetivos para la toma de decisiones en el proceso de selección.

2. EVALUACIÓN APLICADA

Se aplica el TEST DE WARTEGG con el propósito de explorar rasgos de personalidad, equilibrio emocional y adaptación laboral, relevantes para el desempeño en el cargo evaluado CONTRATISTA SENA.

3. ANÁLISIS PSICOLÓGICO

La producción gráfica evidencia adecuado cumplimiento de la tarea, con dibujos organizados, reconocibles y coherentes, lo que permite inferir pensamiento estructurado, comprensión de instrucciones y orientación a la ejecución. El uso del espacio es equilibrado, observándose planeación básica y control atencional funcional.

4. EVALUACIÓN ESTÍMULOS ORGÁNICOS E INORGÁNICOS

4.1. ESTÍMULOS ORGANICOS:

Sevidencia adecuada expresión emocional, sensibilidad interpersonal y disposición para el aprendizaje, con manejo funcional de la ansiedad y estabilidad afectiva.

4.2. ESTÍMULOS INORGÁNICOS:

Se infiere pensamiento estructurado, organización, orientación a la tarea y capacidad para seguir procesos y lineamientos establecidos.

5. CONCLUSIÓN PSICOTÉCNICA

El evaluado es **APTO** desde el punto de vista psicológico para desempeñarse como **Contratista SENA**, sin restricciones, evidenciando recursos personales y cognitivos acordes a las exigencias del rol.

6. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-Promover pausas activas y autocuidado emocional para prevenir sobrecarga laboral.

PSICÓLOGO

Firma:

Nombre: CC: 1097850257 - MARLYN YULIETH VALBUENA

R. M.: 239213

Código de Seguridad
X99D40J330

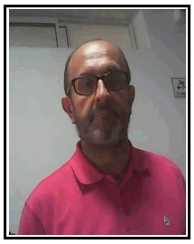
PACIENTE

Firma:

Nombre: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO

CC: 79626711

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



EXAMEN DE PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 39,582

Fecha: 08/01/2026 **Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 79626711 **Nombre:** CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARD **Edad:** 50 AÑOS 9
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** CONTRATISTA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS **F. Último Examen:** 2023
Lugar del Último Examen: BUCARAMANGA **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/200	100	200	-4.00	20/200	100
O.I:	NO APLICA	20/200	80	40	-3.00-1.25*90	20/100	40
A.O:	NO APLICA	20/200	80	40	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO DERECHO: **K´ =**
OJO IZQUIERDO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	-4.00	AV VL 20/ **200**
OJO IZQUIERDO	-4.00-1.75*90	AV VL 20/ **40**

RX FINAL

OJO DERECHO	-4.00	AV VL 20/ **200**	AV VP 20/ **80**	ADD	2.00
OJO IZQUIERDO	-4.00-1.75*90	AV VL 20/ **100**	AV VP 20/ **40**	ADD	2.00

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	IZQUIERDO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H530	AMBLIOPIA EX ANOPSIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: CC: 37514796 - NARGI OVALLE

R. M.: 15233-06 **L.S.O.:**

PACIENTE



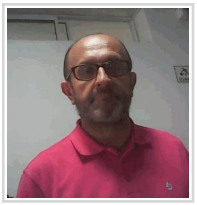
Firma:

Nombre: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO

CC: 79626711

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com

Código de Seguridad
M99S33Y137253



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 137253

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** jueves, 8 de enero de 2026 07:39:26 a.m.

Nombres y Apellidos: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO **CC:** 79626711 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 30/03/1975 **Edad:** 50 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO **Autorización:**

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

LAB CLÍNICO (GLICEMIA)

QUIMICA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
GLICEMIA	90	Normal 70 a 110 mg/dl

Milena Del Carmen Torres Yepes
CC: 45543326
Bacteriólogo(a) RP: 45543326