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	**84111-454223**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FERNEY ALIRIO RECALDE GELPUD	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.085.295.747	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	duplegedlacer@gmail.com	**Número de Cuenta:**	38315657927
IP/Nº de contacto:	3146115930	**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**	SI

¿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	SI
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:	8993778/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**15226**	**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	**01/04/2026 Al 30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.422.506

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		----------	**9501283120**
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.	$ 2.094.000		
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

Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizando
Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual, en
Presentar y entregar los productos pactados en el contrato y/o en el plan de trabajo, incluyendo soportes de aprendizaje derivados de
Desarrollar acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente concertada para la
Aportar en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades y procesos vinculados al contrato, y remitir los informes y soport
Registrar en Sofía Plus las novedades definidas para el proceso, garantizando oportunidad y consistencia en los datos de matrícula, re
Gestionar el registro de inasistencias y reportar los casos que correspondan (deserción, riesgo, situaciones de convivencia y otras ti
Verificar la coherencia de la información de aprendices y sus contactos, incluidos datos de acudientes y emergencia, e informar al Sup
Elaborar, actualizar y entregar los ajustes razonables que correspondan, documentando su aplicación y evidencias, para asegurar inclus

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

FERNEY ALIRIO RECALDE GELPUD
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 RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.04.15 15:16:32 -05'00'

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)

14/04/26 20:54:09 USUARIO: SIC - C.C. 1085295747

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085295747		RECALDE GELPUD FERNEY ALIRIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 2 1 04 INT 20 AP 303	MADRID-CUNDINAMARCA	3146115930	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	129165928	9501283120	I	2026/04/14	2026/03/10	BANCOLOMBIA	0	$706,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1085295747	RECALDE GELPUD FERNEY ALIRIO																		25-14	30	$2,433,768	$389,500	EPS017	30	$2,433,768	$304,300		0	$0	$0	14-23	30	$2,433,768	$12,800	0	$0	$0	No	$706,600
Total	**Afiliados(1)**																						$2,433,768	$389,500			$2,433,768	$304,300			$0	$0			$2,433,768	$12,800		$0	$0		$706,600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085295747		RECALDE GELPUD FERNEY ALIRIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 2 1 04 INT 20 AP 303	MADRID-CUNDINAMARCA	3146115930	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	129165928	9501283120	I	2026/04/14	2026/03/10	BANCOLOMBIA	0	$706,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$389,500	$0	$0	$389,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$389,500	$0	$0	$389,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,800	$0	$0	$12,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,800	$0	$0	$12,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,300	$0	$0	$304,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$304,300	$0	$0	$304,300
TOTAL				**1**	**$706,600**	**$0**	**$0**	**$706,600**

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA

Medical Helsen
Salud integral



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	1/03/2025 MADRID	**Tipo de Examen:**	INGRESO - ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	FERNEY ALIRIO RECALDE GELPUD	**Identificación:**	1085295747
Género	MASCULINO **Edad:** 32	**Teléfono**	3146115930 **Móvil:** 3146115930
Fecha Nacimiento:	4/04/1992	**Cargo:**	INTERPRETE DE LENGUA DE SEÑAS
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	ALTOS DE MADRID	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	PARTICULAR		

CONCEPTO DE APTITUD

CUMPLE LOS REQUISITOS PARA PERFIL DEL CARGO

DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

Paciente ingresa a consulta por sus propios medios, se encuentra ubicado en tiempo y espacio, su estado físico es acorde con la edad, no se evidencian rasgos de ansiedad ni depresión, al preguntar por su familia manifiesta que está conformada por su esposa y sus dos hijos una hija de 14 años y un hija de 4 años, con quienes lleva una buena relación, no se evidencian alteraciones de memoria a corto o largo plazo, su actitud al responder las preguntas es de una persona abierta y asertiva buscando sostener la conversación. El paciente es apto para el perfil de trabajo.

OBSERVACIONES

Paciente ingresa a consulta por sus propios medios, se encuentra ubicado en tiempo y espacio, su estado físico es acorde con la edad, no se evidencian rasgos de ansiedad ni depresión, al preguntar por su familia manifiesta que está conformada por su esposa y sus dos hijos una hija de 14 años y un hija de 4 años, con quienes lleva una buena relación, no se evidencian alteraciones de memoria a corto o largo plazo, su actitud al responder las preguntas es de una persona abierta y asertiva buscando sostener la conversación. El paciente es apto para el perfil de trabajo.

Julieth Ximena Moreno Aldana
PSICÓLOGA
T.P. 237910

JULIETH XIMENA MORENO ALDANA
Profesional



FERNEY ALIRIO RECALDE GELPUD 1085295747
Firma y cédula del Paciente

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Medical Helsen
Salud integral

MEDICAL HELSEN SAS
NIT: 901642673-1

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1085295747-11913

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 mar. 2025 - MADRID	**Tipo de Examen:**	INGRESO - ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	FERNEY ALIRIO RECALDE GELPUD	**Identificación:**	1085295747
Género	MASCULINO **Edad:** 32	**Teléfono**	3146115930 **Móvil:** 3146115930
Fecha Nacimiento:	4/04/1992	**Cargo:**	INTERPRETE DE LENGUA DE SEÑAS
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	ALTOS DE MADRID	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

CONSULTA POR PSICOLOGIA

Paciente ingresa a consulta por sus propios medios, se encuentra ubicado en tiempo y espacio, su estado físico es acorde con la edad, no se evidencian rasgos de ansiedad ni depresión, al preguntar por su familia manifiesta que está conformada por su esposa y sus dos hijos una hija de 14 años y un hija de 4 años, con quienes lleva una buena relación, no se evidencian alteraciones de memoria a corto o largo plazo, su actitud al responder las preguntas es de una persona abierta y asertiva buscando sostener la conversación. El paciente es apto para el perfil de trabajo.

Paciente ingresa a consulta por sus propios medios, se encuentra ubicado en tiempo y espacio, su estado físico es acorde con la edad, no se evidencian rasgos de ansiedad ni depresión, al preguntar por su familia manifiesta que está conformada por su esposa y sus dos hijos una hija de 14 años y un hija de 4 años, con quienes lleva una buena relación, no se evidencian alteraciones de memoria a corto o largo plazo, su actitud al responder las preguntas es de una persona abierta y asertiva buscando sostener la conversación. El paciente es apto para el perfil de trabajo.

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. DIETA BAJA EN HARINAS Y AZÚCARES (PAN, BIZCOCHOS, DULCES, POSTRES, GASEOSAS,ETC). SE RECOMIENDA VALORACION POR NUTRICION POR SU EPS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR, NO RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

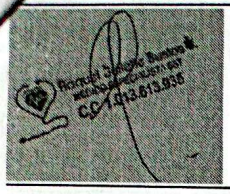
OSTEOMUSCULAR	ACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN REQUERIMIENTOS DEL CARGO. ADECUACION ERGONOMICA DE PUESTO DE TRABAJO SEGUN DISPOSICION DE LA EMPRESA. CAPACITACION PARA MANEJO DE CARGAS SEGUN CRITERIO DEL CARGO	PPyP

Información de Remisiones

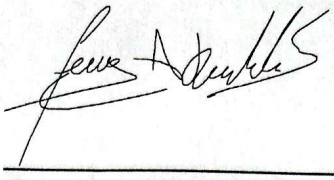
NUTRICION

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de MEDICAL HELSEN S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de MEDICAL HELSEN S.A.S. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos 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 informo 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 y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Powered by CamScanner



Médico Especialista en Salud Laboral
RAQUEL. JULIETTE. BUSTOS. VASQUEZ.
-1013613935 -25-00816 de 2023





Firma y cédula del Paciente
FERNEY ALIRIO RECALDE GELPUD
1085295747

Powered by CamScanner

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :254300264202

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 22/Feb/2023, **Hora:** 07:57:09 a.m.
Apellido: Recalde Gelpud **Nombre:** Ferney Alirio
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1085295747
Empresa: Cliente Mostrador
Cargo: Interprete De Lengua De Señas
Direccion: Cra 2 1 04 In 20 Apto 302 Conjunto Altos De Madrid
Telefono: 1 **Celular:** 3146115930 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.

HC: # 52882
Edad: 30 años
Sexo: Masculino
Nacim: 04/Abr/1992
Rh: O+

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☐ Audiometria Tamiz	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☑ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☐ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Examen Medico Ocupacional Con énfasis Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
	* 1. Actividad Fisica Regular, Alimentacion Balanceada.

Medicas	Laborales
* Control Periódico En Programas De Promoción Y Prevención En Eps	* 2- Uso De Elementos De Protección Personal Según Factores De Riesgo * 3- Realizar Pausas Activas Durante La Jornada Laboral Según El Programa De Seguridad Y Salud En El Trabajo De La Empresa. * 1- Capacitación En Su Cargo Según Factores De Riesgo

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Optometria	Paciente No Requiere Uso De Corrección óptica, Se Informa Sobre Uso De Elementos De Protección Ocular, Se Brindan Pautas De Higiene Y Salud Visual, Se Sugiere Controles Periódicos.

Concepto

Sin Restricción Para El Cargo

Observaciones

Para dar cumplimiento a la Resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa.

DR. LUIS G. PADILLA TERAN
Md. Esp. en Gerencia de Riesgos Laborales y seguridad en el trabajo
Resol. 6423

Luis Gabriel Padilla Teran
Medico Especialista En Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 64832017

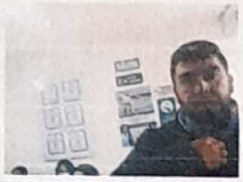
Ferney Alirio Recalde Gelpud
CC 1085295747

Powered by CamScanner

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :254300264202

Resultados laboratorios

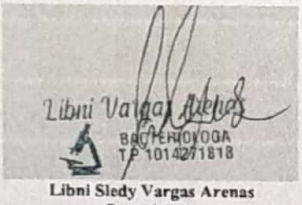


Fecha: 22/Feb/2023, **Hora:** 07:57:09 a.m.
Apellido: Recalde Gelpud
Tipo Doc: CC
Empresa: Cliente Mostrador
Cargo: Interprete De Lengua De Señas
Direccion: Cra 2 1 04 In 20 Apto 302 Conjunto Altos De Madrid
Telefono: 1 **Celular:** 3146115930 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.

Nombre: Ferney Alirio
Nro Identidad: 1085295747

HC: # 52882
Edad: 30 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 04/Abr/1992
Rh: O+

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
	Glicemia	
Glicemia Basal	**103** mg/dl	70 a 110 mg/dl
	Perfil Lipidico	
Colesterol Total	**243** mg/dl	0 a 200 mg/dl
Colesterol H.D.L. Alto riesgo menor de 35 mg/dl	**60** mg/dl	> 55 mg/dl
Colesterol L.D.L. Riesgo moderado menor de 150 mg/dl Alto riesgo mayor a 150 mg/dl	**146** mg/dl	0 a 160 mg/dl
Trigliceridos Serico	**185** mg/dl	< 160 mg/dl



Libni Sledy Vargas Arenas
Bacteriologa

Ferney Alirio Recalde Gelpud
CC 1085295747

Powered by CamScanner

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :254300264202

Optometria



Fecha: 22/Feb/2023, **Hora:** 07:57:09 a.m.
Apellido: Recalde Gelpud **Nombre:** Ferney Alirio
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1085295747
Direccion: Cra 2 1 04 In 20 Apto 302 Conjunto Altos De Madrid
Telefono: 1 **Celular:** 3146115930 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.

HC: # 52882
Edad: 30 años
Sexo: Masculino ♂

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	Cancer	No		No
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropia	No				
Astigmatismo	No				
Miopia	No				
Presbicia	No				
Otro? cual:	Rosace En Tto				

Correccion	
Usa Lentes	No
Cerca	No
De Contacto	No
Lejos	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	No

Evaluacion				
Agudeza Visual	Visión próxima Sin corrección	Visión lejana Sin corrección	RX en Uso	A.V Con Corrección
O.D.	0.50m	20/20- PH: -	-	-
O.I.	0.50m	20/20- PH: -	-	-

Powered by CamScanner

IPS Sigmedical

NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :254300264202

A.O.	0.50m	20/20

Oftalmoscopia

A Distancia Medios Refringentes Transparentes

Queratometria

OD: No Se Realiza

OI: No Se Realiza

Balance Muscular	O.D. Normal	O.I. Normal	
Refraccion	**AV**	**Rx Final**	**AV**
O.D. N-0.50*0	20/20	O.D. -	-
O.I. N-0.50*0	20/20	O.I. -	-
ADD -	-	ADD -	-
Vision Cromatica	Normal , Ishihara	Estereopsis	Normal , 40"arco " />

Examen Externo

Percepcion del Color		Convergencia	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

OD	OI
Ojo Sano	Ojo Sano

Examen Motor

Sin Alteración

Hirschberg: Centrado

Conducta y Recomendaciones	Paciente No Requiere Uso De Corrección óptica, Se Informa Sobre Uso De Elementos De Protección Ocular, Se Brindan Pautas De Higiene Y Salud Visual, Se Sugiere Controles Periódicos.
Diagnostico	Emetrope

Lizeth Hernandez
OPTOMETRA FUAZ
REG

Kimberly Lizeth Hernandez Lopez
Optometra

Ferney Alirio Recalde Gelpud
CC 1085295747

Powered by CamScanner