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	**13017-257896**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CHRISTIAN DAVID CALVO LOPEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.023.921.898	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cdcalvo@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91248356028
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:	9031082/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**24526**	**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			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**68229516**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.900	$ 9.900	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

Diseño y ejecución de actividades formativas alineadas con la misión, visión y principios institucionales.

Socialización y aplicación del Reglamento del Aprendiz durante el proceso formativo.

Entrega oportuna de productos académicos y soportes derivados de la formación.

Apoyo a procesos académicos conforme programación concertada.

Participación en planeación académica y entrega de informes dentro de plazos.

Registro oportuno de matrícula, novedades y estados de aprendices.

Registro y reporte de inasistencias y casos de deserción o convivencia.

Revisión de datos personales y reporte de inconsistencias.

Elaboración y aplicación de ajustes razonables para aprendices con necesidades específicas.

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

CHRISTIAN DAVID CALVO LOPEZ
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: 2026.04.20 17:03:36 -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)

20/04/26 11:10:05 USUARIO: SIC - C.C. 1023921898

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023921898	CHRISTIAN DAVID CALVO LOPEZ	carreara 7 este 28-52 sur	2082788	christian.calvo23d@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68229516	17/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$577.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	248.800	0		0		0	0	0	0	248.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	318.400	0	0	0	0	0	0		318.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.400				10.400	0	0	10.400			104	10.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	248.800	248.800
Pensión	1	318.400	318.400
Riesgos Laborales	1	10.400	10.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	577.600	577.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023921898	CHRISTIAN DAVID CALVO LOPEZ	carreara 7 este 28-52 sur	2082788	christian.calvo23d@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68229516	17/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$577.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1023921898	CALVO LOPEZ CHRISTIAN DAVID	59	0			N																	230301	1.989.748	30	318.400	0	0	0	0	EPS037	1.989.748	30	248.800	14-23	1.989.748	30	1	10.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha 07/03/2025 11:34:00 **Empresa** PARTICULAR

Nombre CHRISTIAN DAVID CALVO LOPEZ

Cargo DOCENTE **Doc. Identidad** CC 1023921898

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SOD
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI	NO	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO
	○	⊗		○	○		○	○

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR
DEBE ACTUALIZAR FORMULA DE GAFAS
USO DE GAFAS PERMANENTES Y OBLIGATORIAS

Dra Solanly E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: CHRISTIAN DAVID CALVO LOPEZ
CC 1023921898
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

SANTA ELENA SAS

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **07/03/2025**

Doc. Identidad **CC 1023921898** Nombre **CHRISTIAN DAVID CALVO LOPEZ** Fecha Nacimiento. **23/12/1992**

Entidad **PARTICULAR** Edad **32 años** Ocupación **DOCENTE**

H.C No

Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )

Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )

Empresa ING VIS AUDI 2025 Cargo DOCENTE Antiguedad del cargo

Fondo de Pensiòn EPS NUEVA EPS ARL

ANAMNESIS

Ultimo Examen Visual

Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL (X) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO ( ) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO ( ) Cual ? **USO GAFA DESDE NIÑO TENGO OJO PEREZOZO OJO DERECHO**

Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares **CIRUGIA DE PUNTOS LAGRIMALES DE NIÑO, TENGO OJO PEREZOZO**

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	**20/80**	**1M**		**20/200**	**20/100**
OI	**20/30**	**050M**		**20/60**	**20/30**
AO					

LENSOMETRÍA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **EXO** HISHBERG: **DESCENTRDAO**

Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMAL** PPC: **NO HAY**

INTERPRETACION

	OD	OI
No requiere correccion optica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**400**	**ANORMAL**
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**400**	**NORMAL**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría (X)

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Codigo - Enfermedad)

H522 ASTIGMATISMO
H530 AMBLIOPIA EX ANOPSIA
H521 MIOPIA

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
USO DE GAFAS PERMANENTES Y PARA TRABAJAR , NO REALIZAR TRABAJO NOCTURNO, TRABAJAR CON BUENA ILUMINACION , CONTROL ANUAL , USO DE EPP

OBSERVACIONES
USO DE GAFAS PERMANENTES Y PARA TRABAJAR , NO REALIZAR TRABAJO NOCTURNO ,TRABAJAR CON BUENA ILUMINACION ,CONTROL ANUAL ,USO DE EPP

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

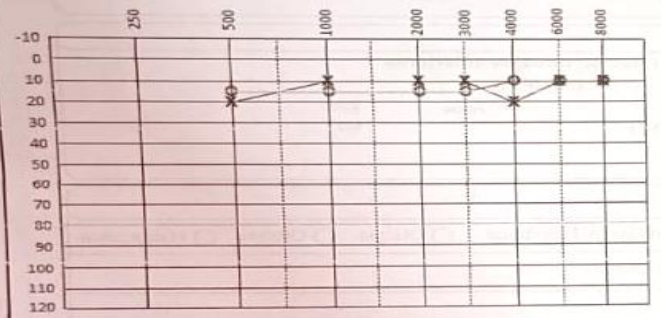
AUDIOMETRÍA

Nombre CHRISTIAN DAVID CALVO LOPEZ — **Doc. Identidad** 1023921898
Teléfono 3114787918 — **Edad** 32 — **Cargo** DOCENTE — **Antigüedad** 2 A
Empresa PARTICULAR — **Fecha** 07/03/2025

Motivo de consulta
EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

Otoscopia
NORMAL BILATERAL.

Anamnesis
ANTECEDENTES DE EXPOSICION A RUIDO LABORAL CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL



Modalidad	OD	Inespecifico	OI
V.A	O	^	x
V.O	<		>
VAMASK	≙		≙
VOMASK	[		]
Campo Libre	ø	S	ø
MCL	M	M	M
UCL	m	m	m
SF1	A_1	A_1	A_1
V.A SIN RTA	⊖		⊖
V.A SIN RTA MASK	⊜		⊜
V.O SIN RTA	⊻		⊻
V.O SIN RTA MASK	⊑		⊐

WEBER Audiométrico

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz
OD					OI

PROMEDIO TONOS PUROS — OD ( ) — OI ( )
TONOS AGUDOS — OD ( ) — OI ( )
NBN ( ) — WN ( ) — SN ( )

Diagnóstico Hipoacusia:
SAL:

ELI: OD OI
LARSEN MODIFICADO: OD OI

Nivel efectivo enmascaramiento

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI			20		10		10	10	20	10	10
OD			15		15		15	15	10	10	10
VO OI											
OD											

Valores de referencia

Normal	0 a 15 dB HL
Pérdida auditiva mínima	16 a 25 dB HL
Leve	26 a 40 dB HL
Moderada	41 a 55 dB HL
Moderada a Severa	56 a 70 dB HL
Severa	71 a 90 dB HL
Profunda	>91 dB HL

Interpretación
SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD EN FRECUENCIAS 500 A 8000HZ BILATERAL

Diagnóstico audiológico
SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD EN FRECUENCIAS 500 A 8000HZ BILATERAL

Diagnósticos
Z011 - EV. DE AUDICION SIN SIGNOS APARENTES

Observaciones
SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD EN FRECUENCIAS 500 A 8000HZ BILATERAL SE SUGIERE CONTROL ANUAL. PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVO.

PAOLA ANDREA FLOREZ TOLOZA
Especialidad: FONOAUDIOLAGA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 53108355 RM:

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

AUDIOMETRÍA

Tipo certificación: Control ○ Ingreso ⊗ Retiro ○ Post incapacidad ○ Reubicación ○
Periódico ○ Trabajo en alturas ○ Caso ocupacional ○ Ingreso al SVE ○

Nombre **CHRISTIAN DAVID CALVO LOPEZ** Doc. Identidad **1023921888**

Teléfono **3114787918** F. de nacimiento **23/12/1992** Edad **32 años** Ocupación **DOCENTE**

Empresa **PARTICULAR** Cargo Actual **DOCENTE**

Antigüedad **2 A** Fecha **07/03/2025** Reposo Auditivo **SI** Tiempo

Fondo de Pensión EPS **NUEVA EPS** ARL

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

○ SI Tiempo
○ NO EPP NA

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Empresa: Cargo Años EPP
⊗ SI DOCENTE NA
○ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ○ Otitis ○ Acúfeno ○ Vértigo ○ Trauma ○ Perforación Timpánica ○ Otalgia ○ Otorrea ○ Hipoacusia
○ Prurito ○ Cirugía ○ Detonación - Explosión ○ Ototóxicos ○ Otros:

Observaciones:

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ○ Polígono ○ Servicio Militar ○ Buceo ○ Moto ○ Instrumento Musical ○ Discoteca y/o bares
○ Otros:

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ○ Afección Renal ○ Parotiditis ○ TBC ○ Diabetes
○ Hipotiroidismo ○ Meningitis ○ Paludismo ○ Reumatismo ○ HTA
○ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno ○ Congénito
○ Adquirido
Parentesco:

OTOSCOPIA

⊗ Normal ○ Anormal

OD CAE NORMAL
MT NORMAL

OI CAE NORMAL
MT NORMAL

CONCEPTO AUDIOMETRÍA

⊗ Apto ○ No apto ○ Aplazado

Observaciones: SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD EN FRECUENCIAS 500 A 8000HZ BILATERAL,SE SUGIERE CONTROL ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVO.

PAOLA ANDREA FLOREZ TOLOZA
Especialidad: FONOAUDIOLAGA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 53108355 RM