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	**11522-617657**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEONARDO GARZON RAYO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.018.431.309	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	garzonr@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	58913415394
IP/Nº de contacto:	0	**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:	9043266/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**25726**	**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		----------	**72694536**	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

Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual

Desarrollar acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente concertada

Garantizar el uso adecuado de los ambientes de formación y los recursos asignados para la ejecución del contrato.

Asistir a las reuniones técnicas y comités que sean convocados para verificación de productos y seguimiento contractual.

Participar en actividades de monitoreo y evaluación definidas para el contrato, aportando insumos y análisis que permitan identificar

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

LEONARDO GARZON RAYO
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 16:15:30 -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)

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	1018431309	LEONARDO GARZON RAYO	Calle 175#17b-80	7479592	LEONARDOGARZONRAYO@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
		72694536	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$870.700	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	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	15.700				15.700	0	0	15.700			157	15.700	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	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	15.700	15.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	870.700

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	1018431309	LEONARDO GARZON RAYO	Calle 175#17b-80	7479592	LEONARDOGARZONRAYO@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
		72694536	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$870.700	

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 1018431309	GARZON RAYO LEONARDO	59	0			N																	230201	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS001	3.000.000	30	375.000	14-23	3.000.000	30	1	15.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	226.492.16				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	14□□1□2□26	**TIPO DE EXAMEN**			
NO. DOCUMENTO	CC. 1.018.431.309	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GARZON RAYO LEONARDO				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	INSTRUCTOR		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS CARDIOVASCULAR - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA - TEST DE MILLON (PSICOLOGIA), PERFIL LIPÍDICO - GLICEMIA (VALORACIÓN DE RESULTADOS)

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - POR AUDIOLOGIA OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, EVITAR RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE AUDÍFONOS DE ENTRETENCION, NO USO DE HISOPOS O NINGUN OTRO OBJETO DENTRO DE LOS OIDOS, ALTERNAR USO DE CELULAR

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo GARZON RAYO LEONARDO identificado con CC No. 1.018.431.309. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



DR. SILVIO RONDON PEREZ LIC SST 234 - 18

Aspirante o trabajador



CC. 1.018.431.309

Certificado Aptitud Psicológica para el Trabajo

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	226.492.16				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	14□□1□2□26	**TIPO DE EXAMEN**			
NO. DOCUMENTO	CC. 1.018.431.309	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GARZON RAYO LEONARDO				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	INSTRUCTOR		

EXÁMENES REALIZADOS

TEST DE MILLON Y ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SIMPLE (PSICOLOGIA)

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN

RECOMENDACIONES PSICOLOGÍA

PROCURAR GENERAR ESPACIOS DE HABITOS SALUDABLES DE EQUILIBRIO VIDA- TRABAJO. FOMENTAR ESPACIOS SANOS DE INTERRELACIÓN PERSONAL PARA GARANTIZAR UN DESEMPEÑO EQUILIBRADO DE SUS FUNCIONES.

PACIENTE DE 33 AÑOS, CASADO CON INGENIERA INDUSTRIAL DE 30 AÑOS. ANÁLISIS DE PRUEBAS DE VALORACIÓN DE PERSONALIDAD SIN RASGOS DE COMÚN ALTERACIÓN.

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo GARZON RAYO LEONARDO identificado con CC No. 1.018.431.309. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



DR. MARCO TAMAYO PSICÓLOGO CLÍNICO TP 339942

Aspirante o trabajador



CC. 1.018.431.309

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA BARBARA
NOMBRES GARZON RAYO LEONARDO
FECHA 14□□1□2□26

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.1018431309 **FEC. NACIMIENTO:** 28/11/1989 **EDAD:** □6 **SEXO:** M **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: CASADO **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 5 **TELEFONO:** 3133047972
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** CL 148 11 A 23
CORREO: LEONARDOGARZONRAYO@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: SANITAS **ARL:** NO REFIERE **PENSIONES:** PROTECCION

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: ADMINISTRATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: LABORES DE OFICINA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: REPORTA NINGUNO

FAMILIARES: REPORTA NINGUNO

OCULARES: REPORTA NINGUNO

OTROS: PACIENTE ATENDIDO BAJO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COVID - 19

OPTOMETRIA

OCUPACIÓN: DIRECTOR DE OPERACIONES **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 10 - Meses: 0
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 15/09/2022
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: SI **¿HACE CUÁNTO?:** Años: 6 - Meses: 0
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: 15/09/2022 **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** SI
TIPO DE CORRECIÓN: MONOFOCAL **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** NO
FORMA DE USO:
PERMANENTES (SI) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: NO

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Asintomatico	CON CORRECCION

LENSOMETRIA O.D - O.I.:	TIPO DE LENTE OD - OI:	ADD O.D - O.I: NO APLICA
-1.00-0.50*120	MONOFOCAL	

AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/100	20/20	20/70	20/20	20/20	20/20	20/20	20/20

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/70	20/20	20/20	20/20

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA BARBARA
NOMBRES GARZON RAYO LEONARDO
FECHA 14□□1□2□26

EXAMEN EXTERNO

OD: NORMAL	**OI:** NORMAL

COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]*	**CERCA:** *[NORMAL]*

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD: NA	**OI:** NA

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]* **SEGUNDOS/ARCO:** 40

OTROS

QUERATOMETRIA		**O.D.:**	**O.I.:**

RETINOSCOPIA	**O.D.:** -1.00-0.50*120	**O.I.:** -0.50-0.50*45
SUBJETIVO	**O.D.:** -1.00-0.50*120 20/20	**O.I.:** -0.50-0.50*45 20/20

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
H521	MIOPIA
H522	ASTIGMATISMO

RECOMENDACIONES	CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

OTRA RECOMENDACIÓN	

REMITIDO A:	N/A	**CAUSA REMISIÓN:**	N/A

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA BARBARA
NOMBRES GARZON RAYO LEONARDO
FECHA 14□□1□2□26

Consentimiento informado

Yo GARZON RAYO LEONARDO identificado con CC.1018431309. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



DRA DAYANA GUTIERREZ LICENCIA 2666 DEL 06/03/2017

Aspirante o trabajador



CC.1018431309

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA BARBARA
NOMBRES GARZON RAYO LEONARDO
FECHA 14□□1□2□26

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.1018431309 **FEC. NACIMIENTO:** 28/11/1989 **EDAD:** □6 **SEXO:** M **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: CASADO **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 5 **TELEFONO:** 3133047972
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** CL 148 11 A 23
CORREO: LEONARDOGARZONRAYO@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: SANITAS **ARL:** NO REFIERE **PENSIONES:** PROTECCION

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: ADMINISTRATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: LABORES DE OFICINA

AUDIOMETRIA

FECHA ÚLTIMO EXAMEN: 15/09/2022 **ANTIGUEDAD EN EL OFICIO:** Años: 10 - Meses: 0
¿EXPOSICIÓN RUIDO LABORAL?: NO
¿USO DE EPA?: NO
¿CALL CENTER?: NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

Evento	¿Oido D?	¿Oido I?	Observaciones
Otros	SI	SI	NO REFIERE NINGUINO
Oye en conversación co	SI	SI	NORMAL AMBOS OIDOS
Tiene reposo auditivo	SI	SI	SIN REPOSO AUDITIVO, USO AUDIFONOS DE ENTRETENCION 20MIN

ANTECEDENTES EXTRALABORALES:

Hábitos	Observaciones
Audífonos	1 HORA AL DIA/ AMBOS OIDOS/ VOLUMEN 5/10// USO DE CELULAR POR OIDO DERECHO
Moto	CONDUCE MOTO DESDE 2000 CON VISOR DE CASCO ABAJO
Otros	CONDUCE VEHICULO CON VENTANA CERRADA DESDE 2000 - PRACTICA NATACION 3 VECES AL MES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Enfermedad	¿Personal	¿Familiar?	Detalle
Otros	SI	SI	NO REFIERE OTRO ANTECEDENTE PERSONAL NI FAMILIAR

OTROS ANTECEDENTES:
NO REFIERE

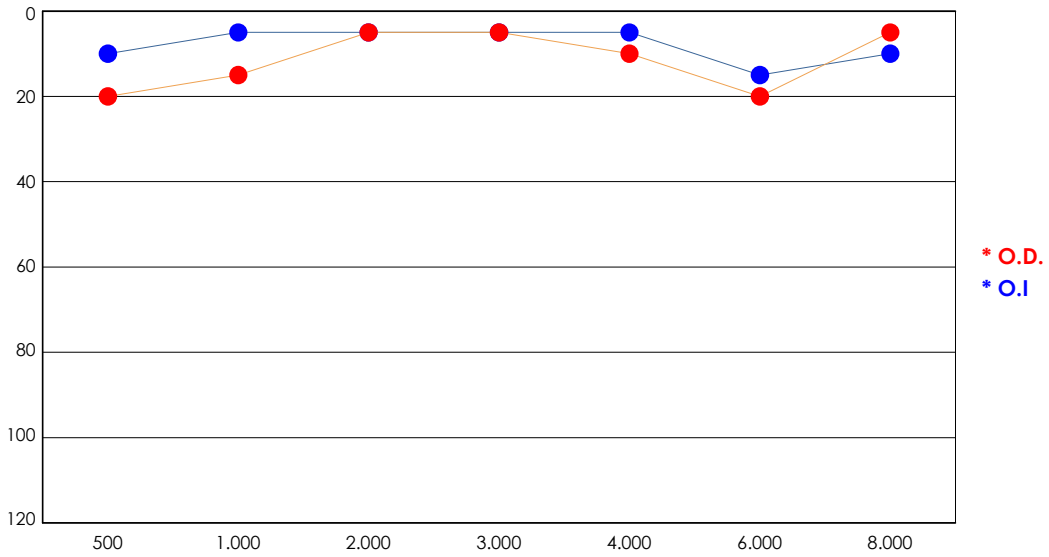
EXAMEN AUDIOMETRICO:

OBSERVACIONES OI: PABELLON AURICULAR: NORMAL CONDUCTO AUDITIVO: LIBRE DE CERUMEN MEMBRANA TIMPANICA: VISIBLE E INTEGRA	**OBSERVACIONES OD:** PABELLON AURICULAR: NORMAL CONDUCTO AUDITIVO: LIBRE DE CERUMEN MEMBRANA TIMPANICA: VISIBLE E INTEGRA

HZ	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PTA
OIDO DERECHO	20	15	5	5	10	20	5	12,50
OIDO IZQUIERDO	10	5	5	5	5	15	10	6,25

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA BARBARA
NOMBRES GARZON RAYO LEONARDO
FECHA 14□□1□2□26



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Código	Descripción
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OBSERVACIONES AUDIOMETRIA:

SE REALIZA ATENCIÓN CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD REQUERIDAS DE ACUERDO A RESOLUCION 555 DE 2023
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA:

CONTROL EN UN AÑO - POR AUDIOLOGIA OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, EVITAR RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE AUDÍFONOS DE ENTRETENCION, NO USO DE HISOPOS O NINGUN OTRO OBJETO DENTRO DE LOS OIDOS, ALTERNAR USO DE CELULAR

Consentimiento informado

Yo GARZON RAYO LEONARDO identificado con CC.1018431309. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Alejandra Carrillo Felizzola
FONOAUDIOLOGA ESP SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES
RUN 07-13086 LIC SO 8127/15

DRA. ALEJANDRA CARRILLO FELIZZOLA - LIC. SO 8127/15

Aspirante o trabajador

CC.1018431309

Los Centros Médicos Colmédica son operados por UMD

Paciente: LEONARDO GARZON RAYO
Identificación: CC 1018431309
Nro. Servicio: 263040611
Sexo/Edad: M / 36 Años
Fecha Servicio: 13/01/2026
Médico:
Sede: CMC CEDRITOS

Fecha Reporte: 13/01/2026

Perfil Lipidico

	Resultado	Valores de referencia	Unidad de Medida
COLESTEROL TOTAL	162		mg/dl
Valores de Referencia en Niños			mg/dl
Aconsejable:		Menor de 170	mg/dl
Riesgo moderado:		170 - 199	mg/dl
Alto:		Mayor o Igual a 200	mg/dl
Valores de Referencia en Adultos			mg/dl
Aconsejable:		Menor de 200	mg/dl
Riesgo moderado:		200 - 239	mg/dl
Alto:		Mayor o Igual a 240	mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	188		mg/dl
Normal:		Menor de 150	mg/dl
Límite alto:		150 - 199	mg/dl
Alto:		200 - 499	mg/dl
Muy alto:		Mayor o Igual a 500	mg/dl
FRACCIÓN VLDL	38		mg/dl
		Menor de 30	mg/dl
FRACCIÓN LDL	82		mg/dl
Optimo		< 100	mg/dl
Casi óptima		100 - 129	mg/dl
Moderado		130 - 159	mg/dl
Elevado		160 - 189	mg/dl
Muy Elevado		> 190	mg/dl
COLESTEROL HDL	42		mg/dL
		40 - 60	mg/dL
COLESTEROL NO-HDL	120.20		mg/dL
INDICE ARTERIAL	3.9		
		Menor de 4	

SynLab Colombia certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde íntegramente por su contenido

Los Centros Médicos Colmédica son operados por UMD

Paciente: LEONARDO GARZON RAYO

Identificación: CC 1018431309

Nro. Servicio: 263040611

Sexo/Edad: M / 36 Años

Fecha Servicio: 13/01/2026

Médico:

Sede: CMC CEDRITOS

OBSERVACIONES:

Nota Resultado:
* Clasificación de Riesgo para Enfermedad Cardio-Vascular (ECV) según las guías 2019 de la Sociedad Europea de Arteroesclerosis (EAS) para el manejo de dislipidemias. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. European Heart Journal (2020) 41, 111-88.
La Sociedad Colombiana de Cardiología (SCC) y la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI), recomiendan la utilización de la escala HEART para la Clasificación de Riesgo Cardiovascular.
Evalúe el Riesgo Cardiovascular aquí: https://scc.org.co/https-www-paho-org-cardioapp-web-cvrisk/

RESPONSABLE DEL INFORME:

LUIS GERARDO RODRIGUEZ SOTELO - T.P. 80902054 - BACTERIOLOGO

SynLab Colombia certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde íntegramente por su contenido

Los Centros Médicos Colmédica son operados por UMD

Paciente: LEONARDO GARZON RAYO
Identificación: CC 1018431309
Nro. Servicio: 263040611
Sexo/Edad: M / 36 Años
Fecha Servicio: 13/01/2026
Médico:
Sede: CMC CEDRITOS

Fecha Reporte: 13/01/2026

Glicemia, Pre y Post Carga de Glucosa

	Resultado	Valores de referencia	Unidad de Medida
GLUCOSA PRE Y POST-CARGA			
GLICEMIA PRE	84	70 100	mg/dl
GLICEMIA POST	95	70 140	mg/dl
CARGA DE GLUCOSA:	75 GRAMOS		
HEXOQUINASA			

OBSERVACIONES:

Nota Resultado: NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2017,
Valores esperados:
- Glucosa normal en ayunas: menor de 100 mg/dL
- Glucosa a las 2 horas con carga de 75 gramos: menor de 140 mg/dl

RESPONSABLE DEL INFORME:

MIREYA VALBUENA DONOSO - LIDER DE PRODUCCION CENTRO

SynLab Colombia certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde íntegramente por su contenido