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	**02777-626007**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO	**Banco a consignar:**	BANCO COOMEVA S.A.
Cédula de Ciudadanía	71.742.732	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lbarrientos@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	71742732
IP/Nº de contacto:	74133	**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:	905663/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**45226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

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 en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.899.976
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.162.479

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		----------	**6011160115**	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%	$ 34.479.550	$ 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

Ejecutar acciones de FPI que contribuyan al desarrollo social, promoviendo principios de FPI (Trabajo productivo, Integralidad...)
Contribuir a la implementación del SGSST. Iniciar competencia "Registro de Información en medios tecnológicos" Acta 14 07/04/2026.
Registrar en los soportes “Ruta de aprendizaje” y “Formato asistencia, evidencia de las actividades de ejecución de la formación.
Realizar asesorías técnico-pedagógicas con los Colegios asignados para seguimiento a proyectos y concertar agendas de seguimiento.
Impartir FPI en atención al objeto contractual en fichas IED Distritales (Manuela Beltrán, Ficha 1-10; seguimiento en privadas).
Realizar visita técnica Verificación Ambientes IE CP Santos Apóstoles y realizar Acta 05 08/04/26 y formatos respectivos. Realizar ruta de aprendizaje, registrar inasistencias. Recolectar datos de Aprendces y acudientes según indicaciones y protegerlos según lo indicado. Participar en reuniones hechas por Coordinación y Gestoría del programa. recibir y entregar ambientes y materiales a satisfacción. Presentar Informe mensual Ejecución. Aportar a cumplimiento “Proceso Gestión Documental”. Utilizar medios propios.

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

LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO
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,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2026.04.18 15:59:24 -05'00'

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

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)

16/04/26 15:36:16 USUARIO: SIC - C.C. 71742732

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	71742732
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PUERTO BERRIO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 53 4 25	TELÉFONO:	8333123
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Formación académica no formal.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6011160115**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		202457955

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 303.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 303.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1	$ 236.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 236.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.900**

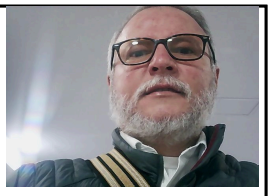
VALOR SIN MORA:	**$ 550.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 550.000**

Planilla Pagada

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 1843 del 2025 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



Nombre de la Empresa	Empresa Usuaria
PARTICULAR MEDICINA	

NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	Departamento
111111111	Crr 49 n 49 24	4481044	Medellin	Antioquia

Actividad Economica

7010:Actividades de administración empresarial

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
BARRIENTOS CASTAÑO LUIS ALBERTO	CC 71742732	52 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
ITAGUI-ANTIOQUIA	Bogota, D.C.	SOLTERO

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3147602089	CHAPINERO	3147602089

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
LUISBARCAST@GMAIL.COM	MAESTRIA	O +

IMC	Hijos	EPS
24.21	0	ALIANSALUD EPSS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO CON REFUERZO	1° NO APLICA 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
INDEPENDIENTE	2026-01-14	06:19:50	07:12:01	08:36:43

Lugar de realización examen	BOGOTA TEUSAQUILLO

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

PREINGRESO

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL	TIPO DE RESTRICCIONES
CUMPLE PARA EL PERFIL DEL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA
TEST BECK: SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA) SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Uso de corrección permanente
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.
MEDICAS PERSONALES
Se informa asistir a controles preventivos por el medico Líder de su EPS por alteraciones en el resultado del examen Glicemia y seguir indicaciones médicas
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
Utilizar gafas y/o lentes para actividades que requieran lectura o actividades de visión cercana. Actualizar anualmente la fórmula.
Utilizar gafas y/o lentes de forma permanente y actualizar anualmente la fórmula.
Se recomienda uso permanente de medias compresivas si va a trabajar largos periodos en bipedestación.
CONDUCTAS - (RECOMENDACIONES LABORALES)
NINGUNO / NO APLICA
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

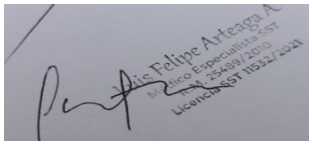
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** A, D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	OPTOMETRA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 1843 del 2025 articulo 18), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las Resolución 1843 del 2025 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.





Firma:
Nombre: ARTEAGA ARREDONDO LUIS FELIPE
R.M. / TP: 5489 L.S.O. 5877/2021

Firma:
Nombre: LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO
Documento: 71742732

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO	**Identificación:**	CC: 71742732
Fecha de Nacimiento:	1973-09-20	**Edad:**	52
Género:	M	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	MAESTRIA
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CHAPINERO	**Teléfono:**	3147602089
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INDEPENDIENTE
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA TEUSAQUILLO
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

TEST BECK

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL1**	
CAMPO ADICIONAL2		**CARGO**	INDEPENDIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES

CONSUMO CIGARRILLOS	NO	**CONSUMO ALCOHOL**	NO
DEPORTE - EJERCICIO	NO	**CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**	NO

VALORACION PSICOLOGICA

VALORACION PSICOLOGICA	Al momento de la evaluación realizada a través de la aplicación del cuestionario de ansiedad de Beck (formato en físico) compuesto por 21 síntomas asociados a la ansiedad, se puede evidenciar que el usuario evaluado presenta una puntuación de 3, lo que indica niveles de ansiedad (MUY BAJOS) frente a las dificultades presentadas en su vida diaria por lo que APRUEBA cuestionario, es decir; que no se presentan características que puedan interferir en su labor o la de sus colaboradores para ejercer las actividades propias de su cargo.		

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional	**RECOMENDACIONES**	Además, se realiza una profundización en la sintomatología relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés, donde no se evidencian signos relevantes que indiquen la presencia de síntomas que puedan afectar su actividad laboral. Se recomienda a la empresa llevar a cabo un monitoreo constante, buscando promover la salud y el bienestar en el colaborador.
OBSERVACIONES			

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	SI		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes 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 informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





Firma: _____ Firma: _____
Nombre: LUIS MIGUEL ACOSTA VELANDIA Nombre: _____
R.M. / TP: RM.192597 TP.25-0668/2021 Documento: _____

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO	**Identificación:**	CC: 71742732
Fecha de Nacimiento:	1973-09-20	**Edad:**	52
Género:	M	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	MAESTRIA
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CHAPINERO	**Teléfono:**	3147602089
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INDEPENDIENTE DOCENTE
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA TEUSAQUILLO
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

VISIOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	
PROFESION			

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	SI	**OBSERVACIONES**	USA GAFAS PERMANENTE ULTIMO EXAMEN VISUAL 3 AÑOS NO REFIERE MOLESTIA VISUAL EXPUESTO A LUZ ARTIFICIAL Y PANTALLAS

EN LA EMPRESA ACTUAL

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	**ACCIDENTE OCULAR**	NO
DIABETES MELLITUS	NO	**GLAUCOMA**	NO
QUIRURGICOS	NO	**CATARATAS**	NO
FARMACOLOGICOS	NO	**AMBLIOPIA**	NO
PATOLOGICOS	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	NO
RINITIS	NO	**DEFECTOS REFRACTIVOS**	SI
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	**PTERIGIO**	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	**CIRUGIA OCULAR**	NO
OTROS	NO	**ESTRABISMO**	NO
OBSERVACIONES	NINGUNO		

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA	SI	**CUAL**	PROGRESIVOS LENTES RAYADOS
CERCA LEJOS VIS	AMBOS		

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD		**CON CORRECCION OD**	20/25
SIN CORRECCION OI		**CON CORRECCION OI**	20/25
SIN CORRECCION AO		**CON CORRECCION AO**	20/20

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD		**CON CORRECCION OD**	20/25
SIN CORRECCION OI		**CON CORRECCION OI**	20/25
SIN CORRECCION AO		**CON CORRECCION AO**	20/25

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIONES	NORMAL		

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 15/15	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	50 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES	NORMAL		

EVOLUCION

EVOLUCION			

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCIÓN VISUAL	PERMANTE	**USO DE EPV**	
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		**VALORACION POR OPTOMETRIA**	1
RECOMENDACIONES GENERALES	DEFECTO REFRACTIVO CORREGIDO USO PERMANENTE , CONTROL POR SU EPS PARA RENOVAR FORMULA		

RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA VISIOMETRIA	Uso de corrección permanente ||Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS**	

IMPRESION DIAGNOSTICA

REFRACTIVO

BUENA AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL	1	**OBSERVACIONES**	DE LEJOS Y DE CERCA AMBOS OJOS
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		**OBSERVACIONES**	

CONTROLES

MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL			

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes 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 informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





Firma: _____
Nombre: MONICA BIBIANA GUERRA PERDÓMO
R.M. / TP: TP.52483852

Firma: _____
Nombre: _____
Documento: _____

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2026-01-14

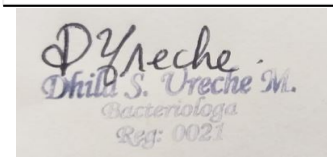
IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO		
Identificación	CC	**Nro**	71742732
Fecha de Nacimiento	1973-09-20	**Edad**	52
Sexo	M	**Empresa**	PARTICULAR MEDICINA
Fecha cita	2026-01-14 06:44:54	**Sede**	BOGOTA TEUSAQUILLO
Direccion	Diagonal 40A # 13A-16 Teusaquillo-Bogotá		

GLICEMIA

GLUCOSA EN SUERO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO	116.9	mg/dl	70-110



DHILA SOREL URECHE MONTERO
0021
BACTERIOLOGA