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	**33248-271853**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDILBERTO SARMIENTO QUIROGA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	19.227.837	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	edisar@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20020512076
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:	9030659/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**32326**	**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	**$ 2.785.747**	**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	2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1080434981**	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		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.696.950,00**	

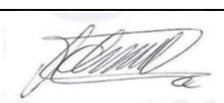
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizando
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 sopor
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 t
Registrar y documentar la información relevante de aprendices requerida para la trazabilidad del proceso, garantizando reserva y el c
Elaborar y remitir informes periódicos sobre el avance y resultados de las actividades contratadas, con evidencias, alertas y acciones
Ejecutar actividades adicionales que se acuerden formalmente con el Supervisor mediante ajuste al plan de trabajo o acta, siempre der

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



EDILBERTO SARMIENTO QUIROGA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

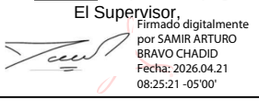
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



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)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-13, 07:44:29 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1080434981

Periodo Cotización: marzo de 2026 | Periodo Servicio: marzo de 2026 | Referencia pago 8823983091

PAGADA 09/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDILBERTO SARMIENTO QUIROGA		
Documento	CC19227837	Dirección	CR 115A #89 B - 20 IN 21 APTO 204
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3005631689
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 19227837	EDILBERTO SARMIENTO QUIROGA	59	0																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,895,000	$303,200	(EAS027) FONDO DE PASIVO SOCIAL	$1,895,000	$236,900	0.522	$1,895,000	$9,900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$550,000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,895,000	$1,895,000	$1,895,000	$0	$303,200	$236,900	$9,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$550,000	$0	$550,000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1016959787	valeria sarmiento perez	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



EDILBERTO SARMIENTO QUIROGA
C.C. 19227837

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016959787

Indicativo Serial 52869922

52869922

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número 41 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 4 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SARMIENTO	PEREZ

Nombre(s)

VALERIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes OCT Día 11	Femenino	O	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11878787-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PEREZ VARGAS AIFA RUBIELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.52313622	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO QUIROGA EDILBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 19227837	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO QUIROGA EDILBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 19227837	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2012 Mes OCT Día 25	RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NT. 901.385.351-0
PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
serviciodeclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá Cel: 3235767891 Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero Cel: 3145772197 Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 06/Ene/2026, **Hora:** 08:11:51 a.m.
Apellido: SARMIENTO QUIROGA **Nombre:** EDILBERTO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 19227837
Empresa: PARTICULAR
Emp. Usuaria: PARTICULAR
Cargo: INDEPENDIENTE
Direccion: CRR 115 A # 89B -20 INT 21- 204
Telefono: **Celular:** 3005631689 **Email:** EDISAR210254@YAHOO.EDU.ES **Estado Civil:** Casado
Ciudad: BOGOTA D.C. - ENGATIVA
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**
HC: # 90249
Edad: 71 años
Sexo: Masculino
Nacim: 21/Feb/1954
Rh: O+

Examenes Realizados					
☑ Audiometría tamiz	☑ Visiometría	☑ Glicemia	☑ Valoracion psicologica	☑ Perfil lipidico	☑ Enfasis cardiovascular
☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con enfasis osteomuscular					

Recomendaciones Especificas	
S.V.E.	**Estilo de Vida Saludable**
* Sve salud visual	* Estilo de vida saludable * Adecuada dieta y ejercicio

Medicas	Laborales
* Seguimiento por otorrinolaringologia * Uso de corrección óptica permanente * Se sugiere uso de medias de compresion baja	* Uso de elementos de proteccion personal * Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo

Concepto
Aplazado hasta valoración del especialista

Recomendaciones Personalizadas
Imc:23.92
refiere esquema de vacunacion para covid 19, 3 dosis no recuerda nombre
pausas activas osteomusculares dos veces al dia
control anual ocupacional

Observaciones
Aplazada Se Recomenda Realizar Limpieza ótica Y Posterior A Esta Repetir El Examen Para Descartar Perdidas Auditivas.

Consentimiento Informado
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de realizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma Medico		Firma Paciente

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NT. 901.385.351-0
PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
serviciodeclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá Cel: 3235767891 Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero Cel: 3145772197 Carrera 17 No. 68 - 58

H919
Oi: Descenso Leve En Las Frecuencias De 2000 A 4000hz, Moderasdo En 6000hz, Y Severo En 8000hz
Od: Descenso Leve En Las Frecuencias De 2000 Y 3000, Moderado En 4000hz, Moderado Severo En 6000hz, Y Profundo En 8000hz
H612-bilateral

Recomendaciones:
Se Recomenda Realizar Limpieza ótica Y Posterior A Esta Repetir El Examen Para Descartar Perdidas Auditivas

Firma Medico		Firma Paciente
Maria paula cardona andrade Fonoaudiologa sst **Lic. de S.O #:** 8276/01122022 **Registro #:** 1018461066		Edilberto sarmiento quiroga CC 19227837

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NT. 901.385.351-0
PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
serviciodeclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá Cel: 3235767891 Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero Cel: 3145772197 Carrera 17 No. 68 - 58

Maria luisa perez piña Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 8731 De 22/12/2022 **Registro #:** 8731	Edilberto sarmiento quiroga CC 19227837

PCR LABORATORIO CLINICO
DRA PILAR CAÑON ROJAS
NIT 52359661-1

Paciente:	**Edilberto Sarmiento Quiroga**	**Codigo:**	**90249**
Edad:	**71 años**	**Fecha:**	**6/01/2026**
Identificación:	**9.227.837**	**Sexo:**	**Masculino**

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	95	mg/dl	70 a 110
Colesterol Total	196	mg/dl	Menor a 200
Colesterol H.D.L.	50	mg/dl	H:30 -70; M: 30 - 85
Colesterol L.D.L.	121,2	mg/dl	
Triglicéridos	124	mg/dl	Menor a 150

ANDREA DEL PILAR CANON
BACTERIOLOGA U.C.MJC
REG 5359661-1

CALLE 65 SUR Nº 80A-25PISO 2 TELS: 7781619 / 483 8475 Bosa Centro

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NT. 901.385.351-0
PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
serviciodeclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá Cel: 3235767891 Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero Cel: 3145772197 Carrera 17 No. 68 - 58

Audiometria Tamiz



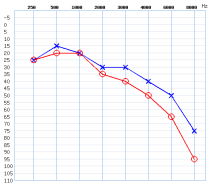
Fecha: 06/Ene/2026, **Hora:** 08:11:51 a.m.
Apellido: SARMIENTO QUIROGA **Nombre:** EDILBERTO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 19227837
Direccion: CRR 115 A # 89B -20 INT 21- 204
Telefono: **Celular:** 3005631689 **Email:** EDISAR210254@YAHOO.EDU.ES **Estado Civil:** Casado
Ciudad: BOGOTA D.C. - ENGATIVA
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**
HC: # 90249
Edad: 71 años
Sexo: Masculino

Antecedentes						
Personales	**Si/No**	**OI/OD**	**Personales**	**Si/No**	**Tiempo**	**Uso EPP**
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Prurito	No	Ninguno	Audifonos / Diademas	No		No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	Si	Ambos				

Antecedentes Laborales					
Empresa	**Puesto de Trabajo**	**Duracion en la Empresa**	**Exposicion a Ruido**	**Jornada Laboral**	**Medidas de Control**
Independiente	Ingeniero Instructor	31 Año	Ambiental	8 Horas	No Aplica

OTOSCOPIA

Oido Derecho	Normal	**Oido Izquierdo**	Normal
Observ		**Observ**	
Gatiso OD		**Gatiso OI**	



PTA Oido Izquierdo 23.75 28.75 **PTA Oido Derecho**

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oido Izquierdo:	25	15	20	30	30	40	50	75
Oido Derecho:	25	20	20	35	40	50	65	95

Diagnostico Audiologico:

FECHA DEL EXAMEN	6/01/2026 10:55
IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud	VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA
TIPO DE EXAMEN	**VALORACIÓN PSICOLÓGICA**
DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	**Edilberto Sarmiento Quiroga**
IDENTIFICACIÓN	**19227837**
EDAD	**71 AÑOS**
EMPRESA	**Particular**
CARGO	**Instructor SENA**
SEXO	**Masculino**
CONCEPTO	**APTO +**
VP(A): El candidato se encuentra dentro de un perfil normal, en sus tres esferas mentales y no se evidencia ninguna alteración socio-afectivo-emocional. En entrevista se descartan posibles trastornos.	
PSICÓLOGO	**FIRMA**
R. ALEJANDRO PÉREZ ARTEAGA	
TARJETA PROFESIONAL: 176387	
RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024	

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NT. 901.385.351-0
PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
serviciodeclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá Cel: 3235767891 Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero Cel: 3145772197 Carrera 17 No. 68 - 58

Visiometria



Fecha: 06/Ene/2026, **Hora:** 08:11:51 a.m.
Apellido: SARMIENTO QUIROGA **Nombre:** EDILBERTO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 19227837
Direccion: CRR 115 A # 89B -20 INT 21- 204
Telefono: **Celular:** 3005631689 **Email:** EDISAR210254@YAHOO.EDU.ES **Estado Civil:** Casado
Ciudad: BOGOTA D.C. - ENGATIVA
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**
HC: # 90249
Edad: 71 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
Cirugias Oculares	No	Hipermetropia	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropia	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				

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

Evaluacion					
Agudeza Visual	**Vision de Lejos SC**	**Vision de Cerca SC**	**VL CC**	**VP CC**	**ADD**
O.D.	20/125	2m	20/25	0.50 M	
O.I.	20/125	2m	20/25	0.50 M	
A.O.	20/125	2m	20/20	0.50 M	

Examen Externo			
Percepcion del Color		**Convergencia**	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	**Izquierdo**	**Derecho**	**Izquierdo**
Agudeza Visual Normal	X	X	X	X

Patologia de Refraccion

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NT. 901.385.351-0
PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
serviciodeclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá Cel: 3235767891 Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero Cel: 3145772197 Carrera 17 No. 68 - 58

Adecuadamente Corregida	X	X	X	X
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida				

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto
Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si No X	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en 12 Meses

Conducta Dx: H520, H522, H524. Buenas Condiciones Visuales, Uso De Lentes Permanente, Se Explica Estado Visual, Se Recomienda Control Anual Con Optometria Para Verificar Estado Visual, Se Sugiere Buenas Condiciones De Iluminación En Sitio De Trabajo Y Realizar Pausas Activas Visuales Durante La Jornada Laboral, En Actividades Que Lo Ameriten Hacer Uso De Elementos De Protección Personal, En Actividades Con Uso De Dispositivos O Pantallas Distancia Adecuada De Las Mismas Y Lavado De Manos De Manera Frecuente.

Firma Medico		Firma Paciente
Santiago alberto filo velásquez Optometra **Lic. de S.O #:** 6268 **Registro #:** 11/08/2023		Edilberto sarmiento quiroga CC 19227837