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	36385-295705

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAIRO ALEJANDRO QUEVEDO YEPES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	19.438.482	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jaquevedo@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20255748063
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**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
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:	8982843/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**31826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.422.506

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.012.947**	**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		----------	**74297559**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.012.947,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.500.597,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0	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	43.476,00	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	$ 1.004.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.008.000					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$4.694.021,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

.-Orientar formación profesional integral a los aprendices según programación de fichas.
.-Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de los procesos formativos y/o productivos.
.-Actualizar contenidos y tecnologias en las diversas competencias del programa de formación.
.-Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.
.-Acompañamiento en comites de evaluación y seguimientode aprendices.
.-Asistir a las reuniones citadas por la coordinación académica y equipos de trabajo que para la ejecución del contrato sean convocada
.-Dar cumplimiento a las obligaciones contraidas en el contrato y acatar la normatividad y politicas de a institución.

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

JAIRO ALEJANDRO QUEVEDO YEPES
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: 2026.04.21 08:44:10 -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	19438482	JAIRO ALEJANDRO QUEVEDO YEPES	CALLE 168 8 H 40 INT 2	3409836	jairoquevedo05@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
		74297559	09/04/2026	1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$427.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	236.900	180.800		0		0	0	0	0	417.700	2

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

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	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	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	417.700	417.700
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	427.600	427.600

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	19438482	JAIRO ALEJANDRO QUEVEDO YEPES	CALLE 168 8 H 40 INT 2	3409836	jairoquevedo05@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
		74297559	09/04/2026	1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$427.600	

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 10073927224	QUEVEDO AVELLANEDA LAURA VALENTINA	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	0	30	180.800		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC 19438482	QUEVEDO YEPES JAIRO ALEJANDRO	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 15 de Abril 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:

C.C.	**1007392724**	**LAURA VALENTINA QUEVEDO AVELLANEDA**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- ☐ Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,



JAIRO ALEJANDRO QUEVEDO YEPES
C.C. 19438482

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - 1653
NIT 860.007.759-3

RECIBO DE PAGO o REFERENCIA **2022900050**

Nombre: QUEVEDO AVELLANEDA, LAURA VALENTINA
Nº Identificación: 1007392724
Cursa Período: 10 **Cohorte:** 2018-2S

Plan de estudios: JU03 JURISPRUDENCIA
Periodo académico: 2026-1S **Fecha exped:** 2025/11/21

CÓDIGO	NATUR.	CONCEPTO	CRED	VALOR
5100	+	Matricula Académica		$17.807.000
		SUBTOTAL		$17.807.000

De 14 Cred. a 18 Cred.: $17.807.000

Total importe pagado (sin recargos): $17.807.000

ALUMNO

Consulte en www.urosario.edu.co la normativa financiera y académica de la Universidad.

Pago ordinario:		Hasta	2026/01/16	$17.807.000
Pago extraordinario con 1 **% de recargo**	$178.070	Hasta	2026/01/17	$17.985.070
Pago extraordinario con 3 **% de recargo**	$534.210	Hasta	2026 01/30	$18.341.210

BANCO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.392.724**

QUEVEDO AVELLANEDA

APELLIDOS

LAURA VALENTINA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

02-ABR-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01077818-F-1007392724-20190628 **00656**58914A 1 51156872

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Visiometria



Fecha: 06/Ene/2026, **Hora:** 09:45:31 a.m.
HC: # 90297
Apellido: QUEVEDO YEPES **Nombre:** JAIRO ALEJANDRO **Edad:** 65 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 19438482 **Sexo:** Masculino ♂
Direccion: CLL 168 3 8 H -60
Telefono: **Celular:** 3227487029 **Email:** JAIROQUEVEDO05@GMAIL.COM **Estado Civil:** Casado
Ciudad: BOGOTA D.C. - USAQUÉN
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	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.	20/80	1.75m	20/20	0.50 M	
O.I.	20/63	1.75m	20/20	0.50 M	
A.O.	20/63	1.75m	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

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	

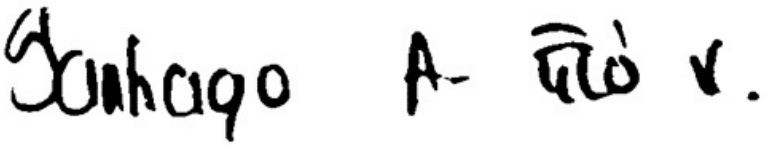
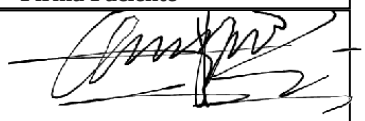
Concepto

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 Optometría 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		Jairo alejandro quevedo yepes CC 19438482

FECHA DEL EXAMEN	6/01/2026 11:17
IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud	VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA
TIPO DE EXAMEN	VALORACIÓN PSICOLÓGICA
DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	Jairo Alejandro Quevedo Yepes
IDENTIFICACIÓN	19438482
EDAD	65 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	R. Alejandro Pérez A. Psicólogo T.P. 176387 Lic. SST. 19357
TARJETA PROFESIONAL: 176387	
RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024	

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioaldienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
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:** 09:45:31 a.m.
Apellido: QUEVEDO YEPES
Nombre: JAIRO ALEJANDRO
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 19438482
Empresa: PARTICULAR
Emp. Usuaria: PARTICULAR
Cargo: INSTRUCTOR
Direccion: CLL 168 3 8 H -60
Telefono: **Celular:** 3227487029 **Email:** JAIROQUEVEDO05@GMAIL.COM **Estado Civil:** Casado
Ciudad: BOGOTA D.C. - USAQUÉN
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 90297
Edad: 65 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 10/Nov/1960

Rh: O+

Examenes Realizados

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

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

* Sve salud visual
* Sve biomecánico

Estilo de Vida Saludable

* Estilo de vida saludable
* Adecuada dieta y ejercicio

Medicas

* Seguimiento por otorrinolaringologia
* Valoración nutricional
* Uso de corrección óptica permanente
* Se sugiere uso de medias de compresion baja
* Continuar manejo medico por su eps
* Continuar manejo farmacológico e indicaciones de medico tratante

Laborales

* Uso de elementos de proteccion personal
* Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Imc:27.36
refiere esquema de vacunacion para covid 19, 4 dosis no recuerda nombre
pausas activas osteomusculares dos veces al dia
control anual ocupacional

Observaciones

Continuar Controles Con Oncologia Por Su Eps.

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 analizar 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 ído 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
1034320081		

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
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	Jairo alejandro quevedo yepes CC 19438482

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

Paciente:	**Jairo Alejandro Quevedo Yepes**	**Codigo:**	**90297**
Edad:	**65 años**	**Fecha:**	**6/01/2026**
Identificación:	**19.438.482**	**Sexo:**	**Masculino**

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	103	mg/dl	70 a 110
Colesterol Total	123	mg/dl	Menor a 200
Colesterol H.D.L.	48	mg/dl	H:30 -70; M: 30 - 85
Colesterol L.D.L.	54,8	mg/dl	
Trigliceridos	101	mg/dl	Menor a 150

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1