



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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	25
Código Centro	951310
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	00845-417327

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	86.078.785	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	crodriguez@sena.edu.co	Número de Cuenta:	33500000233
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
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			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:	8957056/2026	Nº Compromiso SIIF	8926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 39.794.975
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 48.796.219
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 35.057.478

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.140.497</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

**LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR**

	Abril	Marzo	Base retención en la fuente a título de RENTA		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	69978167	Base retención en la fuente a título de ICA	3.140.497,00	TARIFA
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 Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8299 - CHIA	33.579,00	0,800%
	\$ -	\$ -		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.	\$ 1.986.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.703.918,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

3070262 ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE, 3070263 ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE,
3336202 ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE, 3336203 ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE,
3466171 DESARROLLO DE VIDEOJUEGOS Y ENTORNOS INTERACTIVOS,
3466172 DESARROLLO DE VIDEOJUEGOS Y ENTORNOS INTERACTIVOS.
Total: 160 horas.

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumpli 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

**CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO**  
**EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**LEONARDO LUCHINI MORERA**  
**INSTRUCTOR G08**

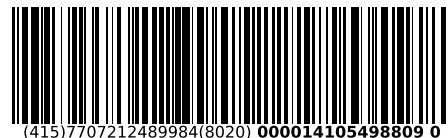
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

**EL ORDENADOR DEL PAGO**  
**GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

2. Concepto  1  3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141054988090



(415)7707212489984(8020) 000014105498809 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 6 0 7 8 7 8 5

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

8 6 0 7 8 7 8 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio

Villavicencio

0 0 1

31. Primer apellido

RODRIGUEZ

32. Segundo apellido

FIERRO

33. Primer nombre

CAMILO

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 39 7 40 AP 322 TO B

42. Correo electrónico

camiloandresrodriguezferro@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 7 8 4 1 3 6 7 7

45. Teléfono 2

8 8 4 3 5 6 5

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

7 2 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 0 0 2 2 6

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número

establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2024-07-04 / 07:56:45AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86078785	CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO	CALLE 7 N 1 -117 APT 304 T10	3172172968	CAMILOANDRESRODRIGUEZFIERRO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CAJICÁ	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69978167	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$543.400	

**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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>543.400</b>	<b>543.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86078785	CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO		CALLE 7 N 1 -117 APT 304 T10	3172172968	CAMILOANDRESRODRIGUEZFIERRO@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CAJICÁ	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69978167	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$543.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ISE	LMA	VAC	APP	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 86078785	RODRIGUEZ FIERRO CAMILO ANDRES		59	0			N																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86078785	CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO	CALLE 7 N 1 -117 APT 304 T10	3172172968	CAMILOANDRESRODRIGUEZFIERRO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CAJICÁ	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
69978167	06/04/2026	75905183	17/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	N	\$1,894,999	\$44.500	

## 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	18.000	0		0		0	0	0	0	18.000	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	23.000	0	0	0	0	0	0	0	23.000	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	700				700	0	0	700			7	700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.800	0	0	2.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	18.000	18.000
Pensión	1	23.000	23.000
Riesgos Laborales	1	700	700
CCF	1	2.800	2.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>44.500</b>	<b>44.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86078785	CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO		CALLE 7 N 1 -117 APT 304 T10	3172172968	CAMILOANDRESRODRIGUEZFIERRO@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CAJICÁ	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
69978167	06/04/2026	75905183	17/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	N	\$1,894,999	\$44.500	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ISE	LMA	VAC	APP	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 86078785	RODRIGUEZ FIERRO CAMILO ANDRES	59	0			N																230201	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS008	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900	CCF24	1.894.999	30	37.900	0	0	0	0	0

# PAGADA

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S  
NIT: 900409631-1

## EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR

Certificado de aptitud: 86078785-109977

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	20 ene. 2024 - CHIA	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
<b>Paciente:</b>	CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO	<b>Identificación:</b>	86078785
<b>Género:</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 40	<b>Teléfono:</b>	8843565 <b>Móvil:</b> 3178413677
<b>Fecha Nacimiento:</b>	27/09/1983	<b>Cargo:</b>	INSTRUCTOR - TUTORA VIRTUAL
<b>Estado Civil:</b>	UNIÓN LIBRE	<b>EPS:</b>	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Dirección:</b>	CALLE 7 N 1 117	<b>ARL:</b>	POSITIVA
<b>Escolaridad:</b>	UNIVERSITARIO	<b>AFP:</b>	PROTECCION S.A.
<b>Empresa:</b>	PARTICULAR		

**AREA: No Reporta**

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>TEST DE PSICOLOGÍA - WARTEG</b>	PRUEBA REALIZADA
<b>OPTOMETRIA</b>	DEFECTO VISUAL NO CORREGIDO DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL RIESGO. HABITOS DE VIDA SALUDABLES: ALIMENTACION BALANCEADA Y ACTIVIDAD FISICA REGULAR.
<b>GLICEMIA</b>	PROCESADO
<b>PERFIL LIPIDICO</b>	PROCESADO
<b>CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA)</b>	PROCESADO

### CONCEPTO LABORAL

**APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

Observaciones:

**Tipo de Restricción**

**Condiciones, Factores, Agentes Asociados**

**Permanente**

NO

**Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)**

VISUAL - PPyP

### Información de Remisiones

NUTRICION -

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.

Médico Especialista en Salud Laboral  
ALINA MAYLIN ROMERO CUELLO  
000787/2019 32780565



Firma y cédula del Paciente  
CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO  
86078785

**INFORME PSICOLOGICO:**  
**BASADO EN ENTREVISTA Y ANALISIS DE LA PRUEBA: WARTEGG.**

<b>NOMBRE DEL PACIENTE Y DOCUMENTO</b>	<b>CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO C.C. 86078785</b>
<b>FECHA DE APLICACIÓN</b>	<b>20 – 01 – 2024</b>
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>PROFESIONAL</b>
<b>LATERALIDAD</b>	<b>DERECHA</b>
<b>EMPRESA</b>	<b>SENA</b>

Prueba de evaluación diagnostica para aplicar a cargo o perfil laboral.

Prueba de Personalidad proyectiva: WARTEGG. Descripción de puntuación por ejes de evaluación:

## VALORACIÓN CUALITATIVA POR COMPETENCIAS:

Dentro de la prueba aplicada y para consolidar resultados se evidencia que, frente a su escala Axiológica:

**Competencias del ser:** El consultante, se muestra centrado, con capacidad de solucionar situaciones laborales. Muestra energía en la solución de conflictos. Se siente realizado en su relacionamiento, con facilidad para entregarse a él, estableciendo relaciones interpersonales con facilidad. Posiblemente necesita apoyo y protección. Puede que maneje sus ansiedades y angustias alternando entre sentimientos de ansiedad y tristeza. Demuestra, tranquilidad, capacidad para actuar y tomar decisiones. Elabora procesos a través de la síntesis. Se percibe orientado en la ejecución de responsabilidades, seguimiento de normas y respeto por estas.

Basados en el cargo se concluye; no se observan conductas con patrones asociales o impulsivas relevantes que afecten su labor. Se relaciona con los demás. Muestra participación en equipos de trabajo. Se observa centrado y con capacidad de resolver situaciones laborales. Muestra buenas relaciones interpersonales. Se percibe orientado en la ejecución de responsabilidades, seguimiento de normas y respeto por estas.

El consultante muestra aptitudes laborales acorde al cargo.



Accionar Salud IPS

# “ACCIONAR SALUD IPS”

“Protegemos tu trabajador, cuidamos su salud”

AREA PERSONAL				
Competencias del ser:	CONCEPTO	BAJO	MEDIO	ALTO
<b>Auto concepto, autoestima y Motivación:</b> (afrentamiento y vulnerabilidad y autonomía)	Conocimiento de sí mismo sobre sus habilidades y defectos, identificando las consecuencias de estos en sus relaciones sociales y en su entorno.		7	
<b>Estabilidad Emocional:</b>	Habilidad de la persona para mantenerse estable y equilibrada ante las interacciones sociales y expresión de sus sentimientos.		7	
<b>Control de Impulsos:</b> (manejo de estrés)	Habilidad para resistir o retardar un impulso (urgencia que obliga a acción) ante situaciones adversas de la vida.		6	
<b>Escala axiológica:</b> (valores)	Capacidad, para comprometerse con la norma, y grado de afinidad con el cargo.		7	

## PUNTUACIÓN GENERAL DEL AREA:

(Puntuación máxima 40 puntos con un porcentaje de área 100%)

**PT 27 = 67.5 %**

ELABORÓ:

**JHENNY DANIELA SILVA AYALA**  
**PSICÓLOGA**

PSICOLOGO TARJETA PROFESIONAL No: 237085 LEY 1090 DE 2006



# ***“ACCIONAR SALUD IPS”***

**“Valores Agregados en Salud”**



Accionar **Salud** IPS

# HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S  
NIT: 900409631-1

**Paciente:** CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO **Identificación:** 86078785 **Impreso:** 20/01/2024 - 11:15:21 a. m.  
**Fecha y Lugar:** 20/01/2024 CHIA Página 1 de 4

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Sexo:** MASCULINO **Edad:** 40 **Fecha y Lugar de Nacimiento:** 27/09/1983 BOGOTA D.C  
**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Estrato:** **Escolaridad:** UNIVERSITARIO - COMPLETA  
**EPS:** COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD **ARL:** POSITIVA  
**AFP:** PROTECCION S.A. **Profesión:** BIOLOGIA  
**Dirección:** CALLE 7 N 1 117 **Teléfono:** 8843565 **Móvil:** 3178413677

## INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

**Cargo:** INSTRUCTOR - TUTORA VIRTUAL - Descripción del Cargo: INSTRUCTOR - TUTORA VIRTUAL  
**Empresa:** PARTICULAR

**Tipo de Examen:** INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR - **Antigüedad:** 0 - **Turno:** Diurno

**Materias Primas:**

**Equipos o Herramientas Utilizadas:**

**Usa elementos de protección personal:** N - **Control Fuente:** N - **Control Mediol:** N - **Tiempo de Exposición:**

**Acciones Realizadas:** Pociones: Elementos de Protección Personal:

<u>Biológicos</u>	<u>Físicos</u>	<u>Químicos</u>	<u>Biomecánico</u>	<u>Psicosociale</u>	<u>Condiciones de Seguridad</u>	<u>Fenómenos Naturales</u>
Virus	Ruido	Polvo	Trabajo Estático	X Contenido de la Tarea	Mecánico	Sismo
Bacterias	Iluminación	Fibras	Esfuerzo Físico	X Relaciones Humanas	Riesgo Eléctrico	Terremoto
Hongos	Vibración	Líquidos	Manejo de Cargas	Riesgo Contra Persona	X Locativo	Vendaval
Rickettsias	Temperatura	Gases	Posturas Forzadas	Secretos del Producto	X Tecnológico	Inundación
Parásitos	Presión Atmosférica	Vapores	Trabajo Sedente	Secretos del Proceso	Accidente de Tránsito	Derrumbe
Picaduras	Radiación Ionizante	Humo	X Movimientos	X Gestión Administrativa	Público	Precipitaciones
Mordeduras	Radiación No Ionizante	Material Particulado	~ .....	Organización del Tiempo	Trabajo en Alturas	
Fluidos o Excrementos					Trabajo en Espacios Confinados	

## ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo de Exposición	Riesgos	Biológico	Físico	Químico	Biomecánico	Psicosocial	Seguridad	F.Naturales
ECOREF	PROFESIONAL DE PROYECTOS	1 AÑO		-	-	-	X	X	-	-

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. HTA	N	
2. INFARTO	N	
3. ACV	N	
4. ALERGIAS	N	
5. ULCERA PÉPTICA	N	
6. DIABETES	N	
7. ASMA	N	
8. T B C	N	
9. ARTRITIS	N	
10. ENFERMEDAD MENTAL	N	
11. CANCER	S	PADRE CA DE ESTÓMAGO, MADRE CA DE ÚTERO.
12. OTROS	N	

## ANTECEDENTES PERSONALES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. PATOLÓGICOS	S	RINITIS ALERGICA.
2. HOSPITALARIOS	N	
3. QUIRÚRGICOS	S	APENDICETOMIA + PERITONITIS A SUS 2 AÑOS.
4. TRAUMÁTICOS	N	
5. ALÉRGICOS	N	
6. TÓXICOALÉRGICOS	N	
7. FARMACOLÓGICOS	N	
8. PSIQUIÁTRICOS	N	
9. INMUNOLÓGICOS	N	
10. VISUALES	S	USO DE RX GAFAS.

11. OTROS.

N

### RESUMEN DE ANTECEDENTES

FAMILIARES	11. CANCER	PADRE CA DE ESTÓMAGO, MADRE CA DE ÚTERO, ABUELOS PATERNOS Y MATERNOS CA	13/07/2015
FAMILIARES	11. CANCER	PADRE CA DE ESTÓMAGO, MADRE CA DE ÚTERO.	20/01/2024
PERSONALES	1. PATOLÓGICOS	PERGOS EN LA INFANCIA TRATADA, VARICELA, HERPES ZOSTER FRONTAL HACE 10 AÑOS	13/07/2015
PERSONALES	1. PATOLÓGICOS	RINITIS ALERGICA.	20/01/2024
PERSONALES	2. HOSPITALARIOS	POR CIRUGÍA	13/07/2015
PERSONALES	3. QUIRÚRGICOS	APENDICETOMIA + PERITONITIS A SUS 2 Años.	20/01/2024
PERSONALES	3. QUIRÚRGICOS	PERITONITIS POR APENDICITIS	13/07/2015
PERSONALES	4. TRAUMÁTICOS	TRAUMA TEJIDOS BLANDOS FALANGE DISTAL 4 DEDO MSD	13/07/2015
PERSONALES	5. ALÉRGICOS	REACCIÓN ALÉRGICA INESPEÍFICA HACE 8 MESES	13/07/2015
PERSONALES	10. VISUALES	USO DE RX GAFAS.	20/01/2024

### ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

Menarca: 0 - Ciclo: - Gravidia: 0 - Partos: 0 - Cesáreas 0 - Abortos: 0 - Mortinatos: 0 - Ectópicos: 0 - FUM: 0 - FUP: 0 Dismenorrea:N - Última Citología: - Resultado última citología: - Transtornos del Ciclo: - Planificación: NO APLICA

### HÁBITOS

Tipo de Fumador: Fumador - Años de Suspensión del hábito: 0 - Años de Fumador: 0 - Número de Cigarrillos al día 0  
Tipo de Bebedor: No Bebe - Años de hábito: 0 - Frecuencia de Consumo: N/A - Tipo de Licor: - ¿Ha tenido problemas con la bebida?: N - ¿Cuál Problema?: - Años de suspensión: 0  
¿Toma algún medicamento regularmente?: N - ¿Cuál?:  
Deporte: No - Frecuencia: N/A

Accidente de Trabajo: No Reporta

Enfermedad Laboral: No Reporta

### REVISIÓN POR SISTEMAS

Tipo	Refiere	Observaciones
1. CABEZA	N	
2. OJOS	N	
3. OIDOS	N	
4. NARIZ	N	
5. BOCA	N	
6. FARINGE	N	
7. CUELLO	N	
8. TORAX	N	
9. CARDIOPULMONAR	N	
10. ABDOMEN	N	
11. GENITOURINARIO	N	
12. EXTREMIDADES SUPERIORES	N	
13. EXTREMIDADES INFERIORES	N	
14. COLUMNA	N	
15. NEUROLOGICO	N	
16. PIEL Y UÑAS	N	
17. OTROS	S	NO REFIERE.

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ASINTOMATICO ASISTE A VALORACION MEDICA OCUPACIONAL

### EXAMEN FÍSICO

Talla: 170 cm      Peso: 78 KG      IMC: 27 - - Sobrepeso      Temperatura: 35 °C      Tensión Arterial: 120/70      Frecuencia Cardiaca: 74  
Frecuencia Respiratoria: 18      Biotipo: N/A      Lateralidad: Derecha      Estado General: Bueno

CABEZA/CRÁNEO: NORMAL - OROFARINGE: Amígdalas: NORMAL - Faringe NORMAL  
CAVIDAD ORAL: Dientes: NORMAL - Encías: NORMAL - Labios: NORMAL - Mucosa Bucal: NORMAL - Lengua: NORMAL - Paladar: NORMAL  
OJOS: Conjuntivas: NORMAL - Córnea: NORMAL - Fondo de Ojos: NO EXAMINADO - Párpados: NORMAL  
AGUDEZA VISUAL: LEJANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0  
AGUDEZA VISUAL: CERCANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0  
OIDOS: inspección Externa: NORMAL - Otoscopia: NORMAL  
NARIZ: Inspección Externa: NORMAL - Rinoscopia: NO EXAMINADO  
CUELLO: inspección: NORMAL - Palpación: NORMAL  
TORAX: inspección: NORMAL - Ventilación Pulmonar: NORMAL - Conformación: NORMAL - Mamas: NO EXAMINADO - Ruidos Cardíacos: NORMAL  
ABDOMEN: Exploración: NORMAL - Palpación: NORMAL - Inspección: NORMAL  
OSTEOMUSCULAR: Inspección de Columna: NORMAL - Palpación Columna: NORMAL - Miembros Superiores: NORMAL - Miembros Inferiores: NORMAL  
Columna Vista Lateral: Normal - Columna Vista Posterior: Alineada - Flexibilidad Wells: IV - Lasegue: Negativo.- Compresión Radicular: Negativo  
Extremidades Superiores: Tinel: Negativo - Phanel: Negativo - Finkelstein: Negativo  
GENITOURINARIO: Genitales: NO EXAMINADO - Región Inguinal: NORMAL  
OTROS: Equilibrio: NORMAL - Pares Craneanos: NORMAL - Marcha: NORMAL - Piel y Faneras: NORMAL - Reflejos Tendinosos: NORMAL - Sensibilidad: NORMAL - Conciencia: NORMAL  
OTROS HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO: NINGUNA

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Examen	Concepto Especialidad	Consideraciones Médicas	Diagnóstico	Recomendaciones
TEST DE PSICOLOGÍA - WARTEG			Basados en el cargo se concluye; no se observan conductas con patrones asociales o impulsivas relevantes que afecten su labor. Se relaciona con los demás. Muestra participación en equipos de trabajo. Se observa centrado y con capacidad de resolver situaciones laborales. Muestra buenas relaciones interpersonales. Se percibe orientado en la ejecución de responsabilidades, seguimiento de normas y respeto por estas.  El consultante muestra aptitudes laborales acorde al cargo.	
OPTOMETRIA			HIPERMETROPIA Y ASTIGMATISMO	DEFECTO VISUAL NO CORREGIDO DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE
MEDICINA				REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL RIESGO. HABITOS DE VIDA SALUDABLES: ALIMENTACION BALANCEADA Y ACTIVIDAD FISICA REGULAR.
GLICEMIA			94,5	
PERFIL LIPIDICO			COLESTEROL TOTAL: 205,4 COLESTEROL HDL: 47,3 COLESTEROL LDL: 145 TRIGLICERIDOS: 69,3	
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA)			HEMOGRAMA: ERITROCITOS: 4.940.000 R. HEMATOCRITO: 46.3 R. HEMOGLOBINA: 16.4 V.C.M.: 91.7 H.C.M.: 33.1 C.H.C.M.: 36.1 PLAQUETAS: 291.000 LEUCOGRAMA: LEUCOCITOS.: 6.200 NEUTRÓFILOS: 62.3 LINFOCITOS: 26.0 MONOCITOS: 11.7 EOSINOFILOS: BASOFILOS: LIC: V.S.G: ALY:	

### Impresión Diagnóstica - CIE10

Código:	Diagnóstico:	Posible Origen de la Enfermedad:	Observaciones:
H520	HIPERMETROPIA	No Definido	Ingresado en Optometria
H522	ASTIGMATISMO	No Definido	Ingresado en Optometria
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	No Definido	

Observaciones de la Impresión diagnóstica::

### CONCEPTO DE APTITUD

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

**Paciente:** CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO  
**Fecha y Lugar:** 20/01/2024 CHIA

**Identificación:** 86078785

Impreso: 20/01/2024 - 11:15:21 a. m.

Página 4 de 4

Notas:

### RESTRICCIONES

Tipo de Restricción:	Condiciones, Factores, Agentes Asociados:	Permanente:
----------------------	---	-------------

NO

### REMISION A ESPECIALISTAS

Remisión:	Observaciones:
-----------	----------------

NUTRICION

-

### INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA O AL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Vigilancia:	Observaciones:
-------------	----------------

VISUAL

-

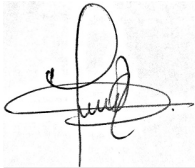
### RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

### OBSERVACIONES

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.

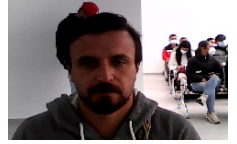


Profesional  
ALINA MAYLIN ROMERO CUELLO  
32780565



Firma y cédula del Paciente  
CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO  
86078785

# EXAMEN OPTOMETRÍA



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S  
NIT: 900409631-1

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b> 20/01/2024 CHIA	<b>Tipo de Examen:</b> INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
<b>Paciente:</b> CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO	<b>Identificación:</b> 86078785
<b>Género:</b> MASCULINO <b>Edad:</b> 40	<b>Teléfono:</b> 8843565 <b>Móvil:</b> 3178413677
<b>Fecha Nacimiento:</b> 27/09/1983	<b>Cargo:</b> INSTRUCTOR - TUTORA VIRTUAL
<b>Estado Civil:</b> UNIÓN LIBRE	<b>EPS:</b> COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Dirección:</b> CALLE 7 N 1 117	<b>Escolaridad:</b> UNIVERSITARIO
<b>Empresa:</b> PARTICULAR	

## EVALUACIÓN

**Usa Computador : S** **Horas al día : 9 HORAS** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N **Última Evaluación :** 0  
**Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N** **¿Cuales? :**  
**Accidentes oculares:** NO REFIERE  
**Antecedentes Personales:** NO REFIERE  
**Sintomatología :**  
**Cirugía ocular :** N **NO REFIRE**  
**Usa Corrección** N  
**¿Gafas? :** N **¿Lentes de Contacto? :** N

### Agudeza Visual

<b>Visión Lejana</b>	<b>Sin Corrección</b>	<b>Derecho: 20/ 30</b>	<b>Ambos: 20/ 25</b>	<b>Izquierdo: 20/ 25</b>
	<b>Con Corrección:</b>	<b>Derecho: 20/</b>	<b>Ambos: 20/</b>	<b>Izquierdo: 20/</b>
<b>Visión Próxima</b>	<b>Sin Corrección</b>	<b>Derecho: 20/ 30</b>	<b>Ambos: 20/ 30</b>	<b>Izquierdo: 20/ 30</b>
	<b>Con Corrección</b>	<b>Derecho: 20/</b>	<b>Ambos: 20/</b>	<b>Izquierdo: 20/</b>
<b>Lensometría</b>	<b>Izquierdo :</b>	<b>Derecho :</b>	<b>ADD :</b>	

Examen Externo: SANO

Examen Motor: NORMAL

Oftalmoscopia:

Visión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: - OI:

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

Cie10: HIPERMETROPIA-H520

Cie10: ASTIGMATISMO-H522

Cie10: -

Recomendaciones: DEFECTO VISUAL NO CORREGIDO DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

Diagnóstico: HIPERMETROPIA Y ASTIGMATISMO

Concepto: AGUDEZA VISUAL ALTERADA QUE NO INTERFIERE CON ACTIVIDAD LABORAL

**Formula Final:** OD:

OI:

**ADD :**

**Distancia Pupilar :**

**Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N**

Remitido: -

**Ana María Sánchez P.**  
Optómetra  
1.033.793.874

ANA MARÍA SÁNCHEZ PINEDA

CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO

86078785

Profesional

Firma y cédula del Paciente



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S  
900409631-1

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 20/01/2024 CHIA  
**Paciente:** CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO  
**Género:** MASCULINO **Edad:** 40  
**Fecha Nacimiento:** 27/09/1983  
**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE  
**Dirección:** CALLE 7 N 1 117  
**Empresa:** PARTICULAR

**Tipo de Examen:** INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR  
**Identificación:** 86078785  
**Teléfono:** 8843565 **Móvil:** 3178413677  
**Cargo:** INSTRUCTOR - TUTORA VIRTUAL  
**EPS:** COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD  
**Escolaridad:** UNIVERSITARIO

Informe de Laboratorio: 109977

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
----------	------------	-----------------------	-------

CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA)

HEMOGRAMA			
ERITROCITOS	4.940.000 mm3	Hombres de 4.500.000 a 5.500.000 mm3 - Mujeres: de 3.500.000 a 4.500.000 mm3	
R. HEMATOCRITO	46.3 %	Hombres: 42 a 54% - Mujeres 37 a 48%	
R. HEMOGLOBINA	16.4 g/dl	Mujeres: 12 a 16 g/dl Hombres: 14 a 18 g/dl	
V.C.M.	91.7 FL	De 79 a 98 FL	
H.C.M.	33.1 pg	De 27 a 34 pg	
C.H.C.M.	36.1 g/dl	de 32 a 36 g/dl	
PLAQUETAS	291.000 mm3	De 150.000 a 450.000 mm3	
LEUCOGRAMA			
LEUCOCITOS.	6.200 mm3	de 4300 a 10800 mm3	
NEUTRÓFILOS	62.3 %		
LINFOCITOS	26.0 %		
MONOCITOS	11.7 %		
EOSINOFILOS			
BASOFILOS			
LIC			
ALY			
V.S.G		Hombres: De 1 a 13 mm - Mujeres: De 1 a 20 mm	

GLICEMIA

94,5mg/dl 65 - 110 mg/dl

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	205,4 mg/dl	hasta 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	47,3 mg/dl	Mayor de 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	145 mg/dl	Hasta 150 mg/dl
TRIGLICERIDOS	69,3 mg/dl	Hasta 150 mg/dl




Profesional  
KAREN YADIRA VELASQUEZ CERON



Firma y cédula del Paciente  
CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FIERRO  
86078785