



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	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	99829-746287

Nombres y apellidos:	LUIS FELIPE LAITON CORTES	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.007.404.912	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	llaiton@sena.edu.co	Número de Cuenta:	488428166364
IP/N° 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%

Nº del contrato:	8947723/2026	Nº Compromiso SIIF	4926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
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 REGIONAL				

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 24.477.068
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 38.215.809
Valor Bruto Pago:			\$ 4.737.497,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 19.739.571

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

		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	76971018	Base retención en la fuente a título 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 - CHIA	33.579,00	0,800%
		\$			-	0,00
		\$			-	0,00
		\$			-	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			-	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			-	0,00
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%	\$ 31.031.595	\$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.033.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$4.703.918,00	

Se impartió formación en las
fichas 3336202 - 3336203 del programa ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE
ficha 3336037 del programa PROGRAMACIÓN DE SOFTWARE

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

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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.	<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,  LEONARDO LUCHINI MORERA
---	---

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)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007404912	LUIS FELIPE LAITON CORTES		calle 6 numero 4 24	3002098989	felipelaiton0@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CAJICÁ	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76971018	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,894,999	\$587.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	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	9.900				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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.900	0	0	37.900	1

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	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	1	37.900	37.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	587.900	587.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007404912	LUIS FELIPE LAITON CORTES		calle 6 numero 4 24	3002098989	felipelaiton0@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CAJICÁ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76971018	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,894,999	\$587.900	

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	Exonente	INA	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	INTL	CORRECCION	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 1007404912	LAITON CORTES LUIS FELIPE	59	0			N																230301	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS005	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

647692 185535

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

1

CEMEDICA S.A.S



NIT 8320054448
 Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Telefono 8660839/8830139
 eMail



Paciente: LUIS FELIPE LAITON CORTES
 Identificación CC 1007404912
 Dirección CLL 6 N 4 24 CAJICA
 Aseguradora PARTICULAR 1

Fecha de Nacimiento 28/06/2000

Género MASCULINO

Edad Actual 24 A

Telefono 3002098989

Fecha Ingreso 07/02/25 17:47

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
08/02/2025	CAJICA - CUNDINAMARC	Pre-Ingreso	
Razon social de la empresa que lo contrato o contratara	Razon social de la empresa en que labora, laborará o laboró		
PARTICULAR 1	INDEPENDIENTE		
Cargo	Area o Sede		
INSTRUCTOR	EDUCACION		

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	X Osteomuscular	Riesgo vascular
Manipulador de alimentos	Alturas	Otro? Cual?

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

X Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de Aplazamiento
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesigramas o perfil para el cargo:	SI	NO	X		

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONDUCTA

X Examen Médico	Examen Radiológico	NA Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patología diagnóstica
Audiometría	¿Cuál(es)?	NA Continuar manejo actual y control por EPS
Espirometría		NA Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
Optometría		NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
Electrocardiograma		NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS
X Examen Psicosensométrico	X Exámenes de Laboratorio	NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos
Otro? Cual?	¿Cuál(es)?	*NA = No Aplica
VISIOMETRIA	GLICEMIA	Amplie su conducta

RECOMENDACIONES

X Examen Ocupacional Anual	X Higiene postural	X Uso de elementos de protección personal	X Pausas Activas
Reingreso laboral	Reubicación	Rehabilitación profesional	
Otro? Cual?			

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos



NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail



ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas 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 SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 - Minprotección)

Dr. Joanna Gomez Bello
Cédula Profesional 11058 de 26/08/2021

MEDICO

Firma

JOANNA GOMEZ BELLO

Registro Médico

1070011099

Licencia salud ocupacional

11852 23/08/2021

Firma

ASPIRANTE O TRABAJADOR

LUIS FELIPE LAITON CORTES

Documento de identidad

CC 1007404912

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cajicá, 7 de febrero 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Ciudad
CAJICA, CUNDINAMARCA

Respetados señores

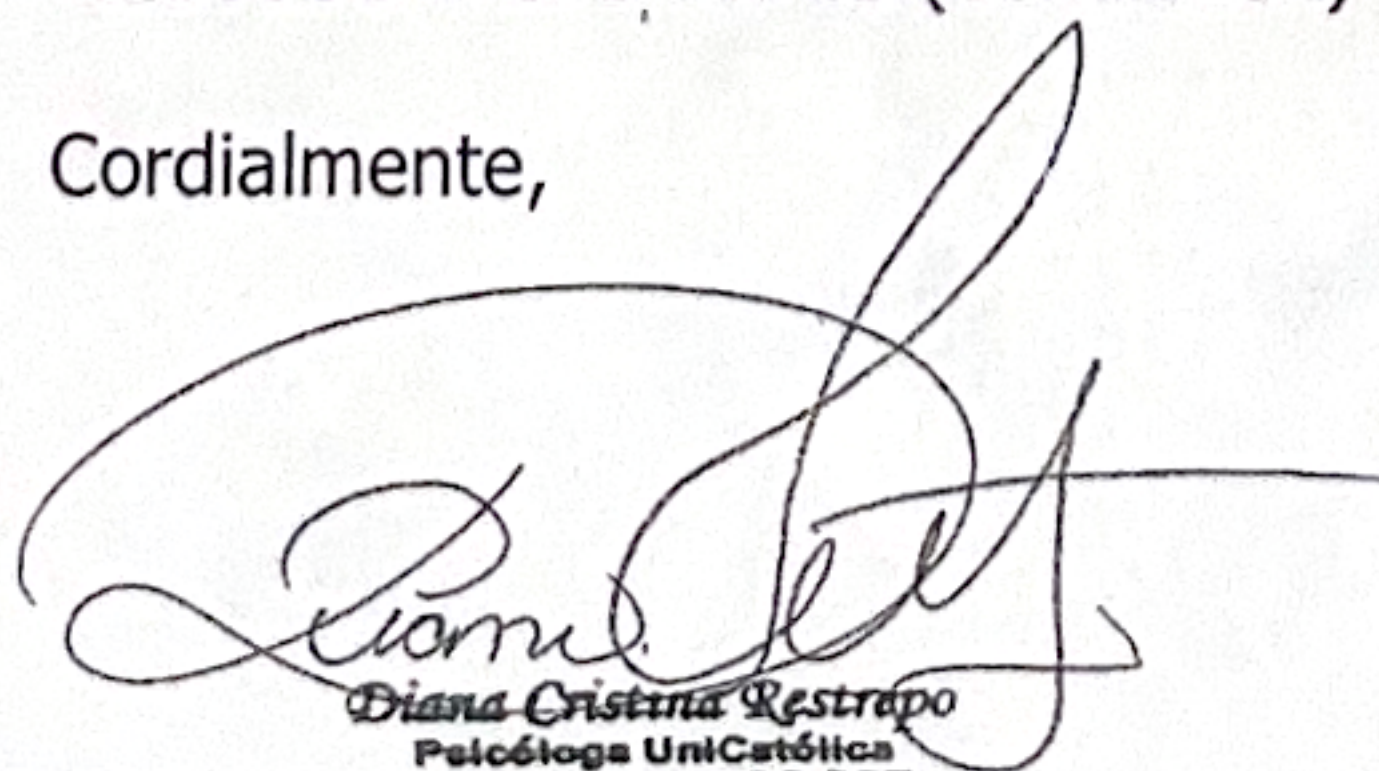
Una vez se llevó a cabo la aplicación e interpretación de la prueba **PSICOMETRICA** al señor **LUIS FELIPE LAITON CORTES**, identificado con cédula de ciudadanía número **1.007.404.912 DE UBATE**, concluye que los resultados no evidencian la presencia de rasgos de personalidad negativos, ni alteraciones cognitivas que le impidan desarrollar adecuadamente sus funciones y/o afecten la convivencia laboral. Al momento de la entrevista, cuenta con adecuada orientación intrapsíquica y alopsíquica, sus capacidades de atención, concentración, memoria, pensamiento y lenguaje, no evidencian ningún tipo de alteración. Su comprensión es adecuada y su hilaridad en su narrativa es coherente, luego se encuentra entre los parámetros normales. Se evidencia un pensamiento estructurado y analítico, condiciones que favorecen la toma de decisiones en su labor como instructor en programación. Adicionalmente no se identificó ningún tipo de consumo o dependencia a sustancias psicoactivas en concordancia con lo evaluado. Se conceptúa;

Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

Apto sin recomendaciones

Si se requiere información adicional puede comunicarse con la CENTRAL DE SERVICIOS MÉDICOS CAJICA S.A.S (CEMEDICA)

Cordialmente,



Diana Cristina Restrepo
Psicóloga Unicatólica
Especialista en SG-SST
T.P. 133019 Lic. SST 8564/16

Diana Cristina Restrepo
Psicóloga Esp. SG-SST
T.P.Nº 133019
LSST. 8564

647690 185535

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

07/02/25

1



Central de Servicios Médicos Cajica S.A.S.

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail

Paciente: LUIS FELIPE LAITON CORTES
 Identificación CC 1007404912
 Dirección CLL 6 N 4 24 CAJICA
 Acompañante/Acudiente

Género MASCULINO

Fecha de Nacimiento 28/06/2000 Edad Actual 24 A

3002098989

NINGUNO

Usuario

Aseguradora PARTICULAR 1
 Fecha del Examen 07/02/2025 Ciudad CAJICA
 Razón social empresa que lo contrato o contratara
 PARTICULAR 1

Tipo de Examen PREIN

Centro de Trabajo (Sede)
 CAJICA - INSTRUCTOR

INFORMACION PERSONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGIA VISUAL

Ha tenido cirugías o traumas oculares? NO CX TRANSPLANTE DE CORNEA OJO DERECHO HACE 15 AÑOS
 Presenta actualmente molestias en los ojos? NO NO REFIERE
 Está expuesto a riesgos ocupacionales Oculares en el car NO NO REFIERE
 Usa en el cargo actual elementos de protección ocular? NO NO REFIERE

Problemas de Refracción NO USO DE RX PROTECCION PANTALLAS
 Corregido NO Tipo de Corrección

Frecuencia de uso

Tiempo de Evolución

Lensometría de Rx en uso OD
 OI

Tipo de Lente

EVALUACION VISIOMETRIA

Ojo Derecho				Ojo Izquierdo				Ambos Ojos			
20=547638 NO	25 = 428576 NO	30 = 943852 NO	20 = 745932 NO	25 = 578236 NO	30 = 346752 NO	20 = 857432 NO	25=674235 NO	30=382457 NO			
40=795823 NO	50 = 357248 NO	60 = 7236 NO	40 = 534268 NO	50 = 752386 NO	60 = 6254 NO	40 = 563472 NO	50=859423 NO	60=8927 NO			
70=9574 NO	100 = 92 NO	200 = 5 NO	70 = 8453 NO	100 = 85 NO	200 = 3 NO	70 = 2978 NO	100 = 43 NO	200=9 NO			

Percepción del Color: 4 1 6 3

EVALUACION OPTOMETRIA

Dial No 2 AGUDEZA VISUAL

				Visión Lejana		Visión Próxima	
Letras	SI	Numeros	E Direccional	NO	Uso de corrección en el examen	NO	
				OD	20/20		0.50M
				OI	20/20-3		0.50M
				AO	20/20		0.50M

Dial No 3 RETINOSCOPIA Ojo Der. NEUTRO
 Ojo Izq. NEUTRO
 SUBJETIVO Ojo Der.

Dial No 4 QUERATOMETRIA Ojo Izq.
 Ojo Der.
 Ojo Izq.

Dial No 5 FORIAS

LATERAL Normal SI VERTICAL Normal SI

Dial No 8 ESTEREOPSIS

Dial No 8 ESTEREOPSIS

Angulo a 40 cm en seg de Arco
 800

600 140

400 100

80

60

50

40 X

Dial No 6 VISION PEREFERICA

EVALUADA NO Normal NO

Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR

EVALUADA SI Normal SI

TEST DE LA MOSCA

Dial No 9 EVALUACION SEGMENTO EXTERNO

Ojo Derecho Anormal NO Tipo SIN ALTERACIONES
 Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo SIN ALTERACIONES

Dial No 10 OFTALMOSCOPIA

Ojo Derecho Anormal NO Tipo SIN ALTERACIONES
 Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo SIN ALTERACIONES



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139

e-mail

PATOLOGIA DE REFRACCION

	Ojo Derecho	Lejos Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Cerca Ojo Izquierdo
Agudeza Visual Normal	X	X	X	X
Adecuadamente Corregida				
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida				
No requiere Corrección				
Visión de profundidad	Normal SI	Percepción de Colores	Normal SI	
Forias	Normal SI	Visión Periférica	Normal NO	
Cumple requerimiento ocupacional	SI	Debe usar corrección para laboral		NO
Observación	CONTINUAR USO DE RX DE PROTECCION			
Diagnóstico	EMETROPE			
Remisión a:	Ortópica NO	Oftalmología NO	Contactología NO	Control en 1 AÑO

OBSERVACIONES

APTO SIN RESTRICCION

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paradiñicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paradiñico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paradiñico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará UNIMOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. UNIMOS SALUD para que suministre a las personas o entidades completadas 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 SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 -

Angie Ballen

Dra. Angie L. Ballen Cortés
Optómetra
Universidad El Bosque
TP. 1.016.481.472

Evaluado

Firma

ANGIE LORENA BALLEN CORTES

Registro Médico 1015461472

Firma Aspirante o Trabajador

LUIS FELIPE LAITON CORTES

Documento de identidad CC 1007404912



RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO

08/02/25

1

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

E-Mail

Fecha 08/02/2025

Edad 24 A

Paciente: LAITON CORTES LUIS FELIPE

Dirección CLL 6 N 4 24 CAJICA

Teléfono 3002098989

Identificación CC 1007404912

Aseguradora PARTICULAR 1

GLUCOSA EN SUERO

DETERMINACION DE GLUCOSA

GLICEMIA :

Método: ENZIMATICO

Resultado:

97 mg/dl

70-110 mg/dl

OBSERVACIONES:

HORA DE TOMA DE MUESTRA:

7:20

HORA DE ENTREGA DE RESULTADOS:

9:30

Lorena del Pilar Vega Castro
Bacterióloga y Laboratorio Clínico
T.P. 61986-445 S.O.C

BACTERIOLOGA