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	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**06576-333717**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YUBELY GARCIA HERNANDEZ	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	52.189.719	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ygarciah@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4702004241
IP/Nº de contacto:	3196162075	**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:	Servicios en general a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8998478/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**7726**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.531.227
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.793.730

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Servicios en general a persona NO declarante de ren	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.140.497**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**77247869**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 9.900	$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.141.000					
				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

Socializar el Proyecto formativo en los grupos asignados

Inicio y concertación de planes de mejoramiento

Apoyar el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas

Asistir a reuniones programadas por la coordinación académica

Desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia

Evaluar las actividades relacionadas con el proceso de formación profesional

Aplicar estrategias pedagógicas en las fichas asignadas para los aprendices que no aprobaron evidencias

Hacer uso adecuado de los ambientes de formación, así como el aseo y cuidado de los equipos y elementos

Aplicar los procesos y procedimientos establecidos por la entidad, para la gestión documental relacionado con el objeto contractual

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

YUBELY GARCIA HERNANDEZ
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 RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.05.13 11:25:53 -05'00'

NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

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	52189719	YUBELY GARCIA HERNANDEZ	Carrera 94 a # 6 c 59 int 3 apt 202	3196162075	YUBELYGAR@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
		77247869	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$550.000	

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	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
231001	Colfondos	800227940-6	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	550.000	550.000

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	52189719	YUBELY GARCIA HERNANDEZ	Carrera 94 a # 6 c 59 int 3 apt 202	3196162075	YUBELYGAR@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
		77247869	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$550.000	

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	Excepción	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 52189719	GARCIA HERNANDEZ YUBELY	59	0			N																	231001	1.895.000	30	303.200	0	0	0	0	EPS008	1.895.000	30	236.900	14-23	1.895.000	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

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387 **EMAIL:**citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

Nombres y apellidos:YUBELY GARCIA HERNANDEZ
Fecha de nacimiento:27/08/1975
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

CC:52189719
Edad:50 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 10:28:34
Fecha salida:2026-01-07 / 02:28:09
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- PSICOSOCIAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUAR CONTROL CON MEDICO TRATANTE POR EPS
CONTROL POR EPS PARA SEGUIMIENTO DE CIFRAS TENSIONALES

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

DR. ARLEIDY KATHERINE GARCIA
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LICENCIA N° 19318 de 03/07/2024

ARLEIDY KATHERINE GARCIA
PIERNAGORDA
CC: 1024548798
RM: 1024548798
LIC-SST: 19318
Firma y sello del médico

YUBELY GARCIA HERNANDEZ
CC: 52189719
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387 **EMAIL:**citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

Nombres y apellidos:YUBELY GARCIA HERNANDEZ
Fecha de nacimiento:27/08/1975
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

CC:52189719
Edad:50 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 10:28:34
Fecha salida:2026-01-07 / 02:28:09
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUAR CONTROL CON MEDICO TRATANTE POR EPS CONTROL POR EPS PARA SEGUIMIENTO DE CIFRAS TENSIONALES
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

DR. ARLEIDY KATHERINE GARCIA
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LICENCIA Nº 19318 de 03/07/2024

ARLEIDY KATHERINE GARCIA
PIERNAGORDA
CC: 1024548798
RM: 1024548798
LIC-SST: 19318
Firma y sello del médico

YUBELY GARCIA HERNANDEZ
CC: 52189719
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

PSICOSOCIAL

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387 **EMAIL:**citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

CC:52189719
Nombres y apellidos:YUBELY GARCIA HERNANDEZ
Fecha de nacimiento:27/08/1975
Edad:50 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +
Teléfono:3196162076
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Fecha ingreso:07/01/2026
Fecha salida:07/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO: CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS PACÍFICOS, CUIDADOSO, TERCOS, PASIVOS, CONTROLADORES, FORMALES, UNIFORMES, CALMADOS, SE FIJAN A UNA RUTINA Y HÁBITOS DE VIDA BIEN ESTRUCTURADOS, DE ÁNIMO ESTABILIZADO, ALTAMENTE PRODUCTIVOS, REFLEXIVOS, CAPACES DE VOLVER A SUS OBJETIVOS, A PESAR DE LAS DIFICULTADES QUE SE LE PRESENTEN.

OBSERVACIONES: DE ACUERDO CON TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO A LA FECHA, NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL. POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA PARA DESEMPEÑARSE EN EL CARGO. NOTA: ESTA PRUEBA CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA.

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:

Erika Paola Montero Gil
Psicóloga
Especialista en Salud Ocupacional
U.P.T.C.
Lic. Res. 1424 de 2016

ERIKA. MONTERO.
CC: 1049622514
RM: N/A
LIC-SST: 1424-2016
Firma y sello del médico

YUBELY GARCIA HERNANDEZ
CC: 52189719
Firma del paciente

Cendiatra

VISIOMETRIA

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387 **EMAIL:**citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

CC:52189719
Nombres y apellidos:YUBELY GARCIA HERNANDEZ
Fecha de nacimiento:27/08/1975
Edad:50 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +
Teléfono:3196162076
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Fecha ingreso:07/01/2026
Fecha salida:07/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:	USUARIA DE CORRECCION OPTICA EN VISION PROXIMA
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:	
ANTECEDENTES FAMILIARES:	

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:	20/20	SIN CORRECCION OPTICA
OJO DERECHO:	20/20	SIN CORRECCION OPTICA
OJO IZQUIERDO:	20/20	SIN CORRECCION OPTICA
ESTENOPEICO:		

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CON CORECCION OPTICA
OJO DERECHO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CON CORECCION OPTICA
OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CON CORECCION OPTICA

ESTADO MOTOR

ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:	ORTHO
COVER TEST VP:	ORTHO
OBSERVACIÓN:	

TEST COMPLEMENTARIOS

VISIÓN CROMATICA
VISIÓN CROMATICA: NORMAL
ESTEREOPSIS
ESTEREOPSIS SEG: 40
CAMPIMETRIA
CAMPIMETRIA: NORMAL

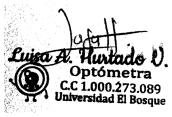
DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:	Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 2:	H524: PRESBICIA
DIAGNÓSTICO 5:	
DIAGNÓSTICO 3:	

RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES: CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCIÓN EN VISIÓN PRÓXIMA
EVOLUCIÓN
EVOLUCIÓN:



LUISA ALEJANDRA HURTADO VARGAS
CC: 1000273089
RM: N/A
LIC-SST: N/A
Firma y sello del médico

YUBELY GARCIA HERNANDEZ
CC: 52189719
Firma del paciente