



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	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	46647-536074

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.110.582.723	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	gloaizaq@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24098951651
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?			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:	8954959/2026	Nº Compromiso SIIF	7026	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				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 19.739.571
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 38.215.809
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 15.002.074

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

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	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**

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6018302551	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	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%	\$ 31.031.595	\$ 1.047.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.080.000				
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**

Impartir formación profesional integral en las fichas asignadas para el periodo (3466171, 3466172, 3336202, 3336203) del programa programa de formacion ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE, DESARROLLO DE VIDEOJUEGO Y ENTORNOS INTERACTIVOS

**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

Gonzalo Loaiza

GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO  
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)

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1110582723	NÚMERO PLANILLA:	<b>6018302551</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SPMZ 6 MZ 6 CSA 15 LAS AMERICAS	TELÉFONO:	TOLIMA	DÍAS DE MORA:	mayo AÑO 2026	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	361279730
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/03		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 303.200
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 303.200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 303.200</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 236.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 236.900</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 9.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 9.900</b>		


LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				PARAFISCALES																	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
1	CC 1110582723	LOAIZA QUINTERO GONZALO ANDRES	INDEPENDIENTE	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.894.998				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.894.998	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 303.200	EPS017-FAMISANAR	30	1.894.998	\$ 236.900	\$ 0	\$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.894.998	\$ 11058272	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

**TOTAL PAGADO: \$ 550.000**



Resolución Secretaría de Salud del Tolima No 3088 del 27 de Oct. 2017

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

<b>Nombre de la Empresa</b> PACIENTE PARTICULAR		<b>Empresa en Misión</b>		
<b>NIT</b> 730001	<b>Dirección Empresa</b>	<b>Teléfono Empresa</b>	<b>Ciudad</b> Ibagué	
<b>INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR</b>				
<b>Apellidos y Nombres</b> LOAIZA QUINTERO GONZALO ANDRES		<b>Documento de Identidad</b> CC 1110582723	<b>Edad</b> 28 AÑOS	<b>Género</b> MASCULINO
<b>Lugar de Nacimiento</b> Ibagué		<b>Lugar de Residencia</b> Ibagué		<b>Estado Civil</b> SOLTERO (A)
<b>Teléfono Fijo</b> 3132640025		<b>Dirección</b> ARBOLEDA CAMPESTRE	<b>Celular</b> 3132640025	
<b>Correo Electrónico</b> GALOAIZA88@GMAIL.COM				
<b>INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL</b>				
<b>Cargo</b> INSTRUCTOR				<b>Fecha</b> 2025-07-19
<b>Lugar de realización examen</b> Ibagué				
<b>EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL</b>				
<b>Tipo de examen realizado</b> EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
<b>Concepto</b> APTO PARA EL CARGO // CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO				
<b>Motivo</b>				

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- EXAMENES DE LABORATORIO: (GLICEMIA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (PARCIAL DE ORINA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (CUADRO HEMATICO) SE REALIZA
- PSICOTECNICA: SE REALIZA
- OPTOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA
- AUDIOMETRIA: SE REALIZA
- CONCEPTO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA



**ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

<b>VALORACION COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)</b>	
Control Auditivo En 1 Año/ Reposo Auditivo Extralaboral/	
<b>VALORACION COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)</b>	
Control Periodico/	
<b>CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)</b>	
Ninguna/	
<b>CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)</b>	
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./	
<b>CONDUCTAS - GENERALES (ocupacion laboral)</b>	
Ninguna/	
<b>MEDICAS PERSONALES</b>	
Ninguna/	
<b>OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL</b>	
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales/	
<b>VALORACION COMPLEMENTARIA (PSICOLOGIA)</b>	
Normal/	
<b>CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR</b>	
<b>EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:</b>	OSTEOMUSCULAR
<b>INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:</b>	NINGUNO
<b>REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:</b>	NUTRICION Y DIETETICA
<b>ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:</b>	NO
<b>CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES</b>	
Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes (es) estan completas y son verificadas. Autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud implementados por la empresa. Se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de identificación de riesgos y peligros y profesiograma.	
Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódicas, egreso, post-incapacidad, retorno laboral, de seguimiento), dando cumpliendo con la (Resolución 1843 de 2025 Art 4; Ley 2015 DE 2020 Resolución 0312/2019 Item 3.1.4), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.	
Según lo contemplado en la Resolución 1843 de 2025; la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos, fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.	

*Dr. Christian E. Cáceres Orjuela*  
**ESP. EN SALUD OCUPACIONAL  
 Y RIESGOS PROFESIONALES**  
 Res. N° 419-2016 / C.C.11686150

CACERES ORJUELA CHRISTIAN EDWIN  
 11686150  
 RM. 419 S.S.T. RES. N° 2363

*Gonzalo Loaiza*  
 Signatory Name  
 10:21:00 a. m. sábado, 19 de julio de 2025

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.




**FICHA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL****SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS**

NIT: 900421821-1

DIRECCIÓN: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La

TELÉFONO: 6082647277 - 6082701329

<b>Nombre Paciente:</b>	LOAIZA QUINTERO GONZALO ANDRES	<b>Lugar Residencia:</b>	Ibagué (Urbano)	
<b>No. Documento:</b>	CC 1110582723	<b>Telefono:</b>	3132640025	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	06/08/1997	<b>Telefono Celular:</b>	3132640025	
<b>Edad:</b>	28 AÑOS	<b>Correo Electronico:</b>	GALOAIZA88@GMAIL.COM	
<b>Fecha:</b>	2025-07-19 10:30	<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO (A)	
<b>Lugar de Nacimiento:</b>	Ibagué	<b>Ocupación:</b>	OTRO	
<b>Direccion Residencia</b>	ARBOLEDA CAMPESTRE	<b>Cliente Aseguradora Cargo Salud:</b>	PACIENTE PARTICULAR	
<b>Genero:</b>	Masculino	<b>Plan:</b>	PARTICULAR	
<b>Grupo Etnico</b>		<b>Pension</b>	COLPENSIONES	
<b>Grado Institución:</b>	ESPECIALISTA	<b>Riesgos Laborales:</b>	POSITIVA	
<b>Tipo Sangre:</b>	O+	<b>Empresa en Mision:</b>		
<b>Cargo:</b>	INSTRUCTOR	<b>Programa:</b>		
<b>Tipo de Admision</b>	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	<b>EPS:</b>	NUEVA EPS	
<b>Lugar de realización</b>	Ibagué			

**AUDIOMETRIA****TIPO AUDIOMETRIA**

TIPO AUDIOMETRIA: AUDIOMETRIA TAMIZ,

**ANTECEDENTES**

MENINGITIS: NO ; ACUFENOS: NO ; SARAMPION: NO

EXPOSICION A EXPLOSIONES: NO ; ALERGIAS RESPIRATORIAS: NO ; VERTIGO: NO

CIRUGIA DE OIDO: NO ; PAROTIDITIS: NO ; OTITIS: NO

OTALGIA: NO ; RUBEOLA: NO ; AMIGDALECTOMIA: NO

DROGAS OTOTOXICAS: NO ; SORDERA FAMILIAR: NO ; TUBERCULOSIS: NO

TRAUMA CRANEOENCEFALICO: NO ; HIPERTENSION: NO ; VARICELA: NO

TRAUMA ACUSTICO: NO ; DIABETES: NO ; PARALISIS FACIAL: NO

OBSERVACIONES: NR

**EXPOSICION A RUIDO**

TRABAJO CON MAQUINARIA: NO ; MUSICA AUDIFONOS: SI

TEJO: NO ; CAZA: NO

USA MOTO: NO ; SERVICIO MILITAR: NO

DISCOTECA: NO ; ESPECTACULOS RUIDOSOS: NO ; OTROS: NO

OBSERVACIONES: NR

**OTOSCOPIA:**

PABELLON AURICULAR OD: NORMAL, ; PABELLON AURICULAR OI: NORMAL,

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OD: Normal, ; CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OI: Normal,

TAPON DE CERUMEN OD: NO ; TAPON DE CERUMEN OI: NO

MEMBRANA TIMPANICA OI: Normal, ; MEMBRANA TIMPANICA OD: Normal,

OBSERVACIONES: NR

**HISTORIA OCUPACIONAL:**

PROTECCION AUDITIVA 1: NO

PROTECCION AUDITIVA 2: NO

OBSERVACIONES: NR

**CLASIFICACIÓN LARSEN:****RESULTADO**

NORMAL

**RECOMENDACIONES**

CONTROL AUDITIVO EN 1 AÑO

REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

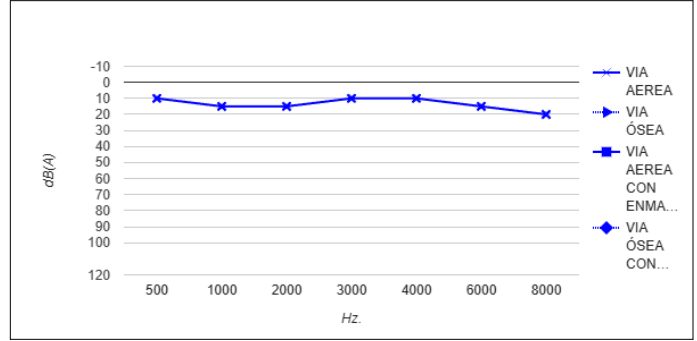
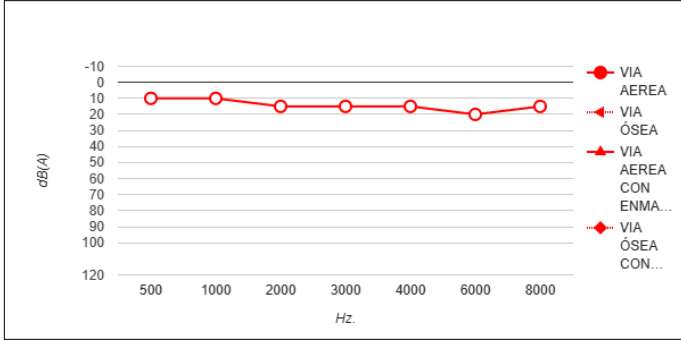


**DIAGNÓSTICOS**

**Diagnóstico:** (Z011) EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION **Lateralidad:** BILATERAL

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VIA AEREA	10	10	15	15	15	20	15	VIA AEREA	10	15	15	10	10	15	20
VIA ÓSEA								VIA ÓSEA							
VIA AEREA CON								VIA AEREA CON							
VIA ÓSEA CON								VIA ÓSEA CON							

<b>Factor de Presbiacusia:</b>	0	<b>Factor de Presbiacusia:</b>	0
<b>Promedio Tonal Auditivo OD:</b>	11.7	<b>Promedio Tonal Auditivo OI:</b>	13.3
<b>Escala E.L.I. Oído Derecho:</b>	C (NORMAL - LÍMITE)	<b>Escala E.L.I. Oído Izquierdo:</b>	B (BUENO)
<b>Gatiso Oído Derecho:</b>	12.50	<b>Gatiso Oído Izquierdo:</b>	12.50
<b>SAL:</b>	A	<b>SAL:</b>	A



ALDANA MOLINA IRIAN NAYIVE  
CC 65696356  
RESOLUCION N° 1360

Gonzalo Loaiza

Signatory Name  
10:21:00 a. m. sábado, 19 de julio de 2025

FIRMA DEL TRABAJADOR



**SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS**

NIT: 900421821-1

DIRECCIÓN: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La Macarena parte baja

TELÉFONO: 6082647277 - 6082701329

<b>Nombre Paciente:</b>	LOAIZA QUINTERO GONZALO ANDRES	<b>Lugar Residencia:</b>	Ibagué (Urbano)	
<b>No. Documento:</b>	CC 1110582723	<b>Telefono:</b>	3132640025	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	06/08/1997	<b>Telefono Celular:</b>	3132640025	
<b>Edad:</b>	28 AÑOS	<b>Correo Electronico:</b>	GALOIZA88@GMAIL.COM	
<b>Fecha:</b>	2025-07-19 10:35	<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO (A)	
<b>Lugar de Nacimiento:</b>	Ibagué	<b>Ocupación:</b>	OTRO	
<b>Direccion Residencia</b>	ARBOLEDA CAMPESTRE	<b>Cliente Aseguradora</b>	PACIENTE PARTICULAR	
<b>Genero:</b>	Masculino	<b>Cargo Salud:</b>		
<b>Grado Institución:</b>	ESPECIALISTA	<b>Plan:</b>	PARTICULAR	
<b>Grupo Etnico</b>		<b>Pension</b>	COLPENSIONES	
<b>Tipo Sangre:</b>	O+	<b>Riesgos Laborales:</b>	POSITIVA	
<b>Cargo:</b>	INSTRUCTOR	<b>Empresa en Mision:</b>		
<b>Tipo de Admision</b>	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	<b>Programa:</b>		
<b>Lugar de realización</b>	Ibagué	<b>EPS:</b>	NUEVA EPS	

**OPTOMETRÍA OCUPACIONAL****1. ANAMNESIS****USA CORRECCION OPTICA:** NO ; **CUAL:** NINGUNO, ; **TIPO USO:** NINGUNO, ; **ÚLTIMO CONTROL VISUAL:** 18 MESES**CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA:** NO ; **CIRUGIAS O TRAUMAS OCULARES:** NO ; **EN TRATAMIENTO:** NO**PRUEBA CON CORRECCIÓN ÓPTICA:** NO**2. LENSOMETRÍA**

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

**3. AGUDEZA VISUAL**

OJO DERECHO

**SIN CORRECCION (LEJOS):** 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

OJO IZQUIERDO

**SIN CORRECCION (LEJOS):** 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

AMBOS OJOS

**SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,**4. EXAMEN EXTERNO****EXAMEN EXTERNO:** ANORMAL, ; **OBSERVACIONES:** BLEFARITIS**5. EXAMEN MOTOR**

COVER TEST

**LEJOS:** ORTOFORIA ; **CERCA:** EXOFORIA

DUCCIONES

TEST DE HIRSCHBERG

**6. ESTADO REFRACTIVO**

DERECHO

**ESFERA:** NEUTRO ; **AGUDEZA VISUAL:** 20/20,

IZQUIERDO

**ESFERA:** NEUTRO ; **AGUDEZA VISUAL:** 20/20,

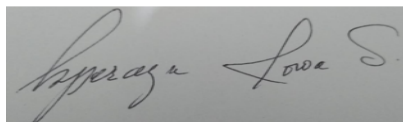
(SUBJETIVO) DERECHO

**ESFERA:** NEUTRO ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA:** 20/20

(SUBJETIVO) IZQUIERDO

**ESFERA:** NEUTRO ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA 2:** 20/20**7. OFTALMOSCOPIA****OJO DERECHO:** MEDIA APRENTE NORMAL**OJO IZQUIERDO:** MEDIA APRENTE NORMAL**8. ESTEREOPSIS****SEGUNDOS DE ARCO:** 20,

<b>9. VISIÓN CROMÁTICA</b>
<b>TEST ISHIHARA:</b> NORMAL,
<b>DIAGNÓSTICO</b>
<b>OPTOMETRIA_DIAGNOSTICO:</b> EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (Z100) 2025-07-19 TIPO DIAGNOSTICO: Confirmado nuevo CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL
<b>CONDUCTA A SEGUIR</b>
<b>CORRECCION OPTICA:</b> NO,
<b>REMISION</b>
<b>REMISION:</b> NO,
<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>RECOMENDACIONES:</b> CONTROL PERIODICO
<b>OPTOMETRIA_RECOMENDACIONES:</b> CONTROL PERIODICO



Gonzalo Loiza  
Signatory Name  
10:21:00 a. m. sábado, 19 de julio de 2025

---

NOVOA SERRANO ESPERANZA  
CC 41792249  
RES. N° 6031 RES. N° S.O. N° 12791

---

FIRMA DEL TRABAJADOR

Fecha y hora de impresión:2025/07/21 11:47

Página 2 de 2





02792084

Sede Antioquia  
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado  
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864  
E- mail: contacto@laboratoriobioanalysis.co - www.laboratoriobioanalysis.co

Sede Tolima  
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz  
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894  
E- mail: contacto@laboratoriobioanalysis.co - www.laboratoriobioanalysis.co

**Paciente** : LOAIZA QUINTERO GONZALO ANDRES  
**Historia** : 1110582723  
**Identificación** : 1110582723  
**Edad/Sexo** : 28 / M  
**Telefono** : .  
**Remisión** : 02792084

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA  
**Convenio** : SALUD OCUPACIONAL REGION  
**Fecha Recepción**: 2025-07-19 09:15:18  
**Fecha Impresión** : 2025-07-21 11:11:27.  
**Empresa** :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

**QUIMICA**

**Glucosa**

-			
Glucosa	<b>70.70</b>	mg/dl	70 - 105 mg/dL
Valor de Referencia: 70-105 mg/dL			
Técnica:Colorimetrica			

Fecha / Hora Validado : 2025-07-19 / 11:15	<b>RESULTADOS HISTORICOS</b>	29/01/2021
	<b>RESULTADO</b>	84.6

**Colesterol Total**

Colesterol	<b>200.0</b>	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
------------	--------------	-------	--

Técnica: Colorimetrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2025-07-19 / 11:15	<b>RESULTADOS HISTORICOS</b>	29/01/2021
	<b>RESULTADO</b>	-

**Colesterol de Alta Densidad - HDL**

Colesterol de Alta Densidad - HDL	<b>41.25</b>	mg/dl	Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL Riesgo bajo: > 60 mg/dL
-----------------------------------	--------------	-------	---

Técnica: DIRECTO

Fecha / Hora Validado : 2025-07-19 / 11:15

**ADVERTENCIA LEGAL**

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepción@laboratoriobioanalysis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.



Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02792084

URL : <https://qr.cd.org/54Ce>

Sede Antioquia  
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado  
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864  
E- mail: contacto@laboratoriobioanalysis.co - www.laboratoriobioanalysis.co

Sede Tolima  
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz  
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894  
E- mail: contacto@laboratoriobioanalysis.co - www.laboratoriobioanalysis.co

**Paciente** : LOAIZA QUINTERO GONZALO ANDRES  
**Historia** : 1110582723  
**Identificación** : 1110582723  
**Edad/Sexo** : 28 / M  
**Telefono** : .  
**Remisión** : 02792084

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA  
**Convenio** : SALUD OCUPACIONAL REGION  
**Fecha Recepción**: 2025-07-19 09:15:18  
**Fecha Impresión** : 2025-07-21 11:11:27.  
**Empresa** :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>QUIMICA</b>			
<b>Indice Arterial</b>			
Indice Arterial	<b>4.8</b>		Hasta 5

Fecha / Hora Validado : 2025-07-19 / 11:15

### Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático

Colesterol de Baja Densidad - LDL	<b>112.75</b>	mg/dl	Hasta 100 mg/dL OPTIMO 100-129 mg/dL CASI OPTIMO 130-159 mg/dL MODERADO 160-189 mg/dL ELEVADO > 190 mg/dL MUY ELEVADO
-----------------------------------	---------------	-------	---

Fecha / Hora Validado : 2025-07-19 / 11:15

### Triglicéridos

Trigliceridos	<b>230</b>	mg/dl	> 500 mg/dL MUY ALTO 200 - 499 mg/dL ALTO 150 - 199 mg/dL DUDOSO Hasta 150 mg/dL BAJO
---------------	------------	-------	--

Técnica:Colorimetrica enzimatica

Fecha / Hora Validado : 2025-07-19 / 11:15

RESULTADOS HISTORICOS	29/01/2021
<b>RESULTADO</b>	91

### Colesterol VLDL

Colesterol VLDL	<b>46.00</b>	mg/dl	5 -	40
-----------------	--------------	-------	-----	----

Fecha / Hora Validado : 2025-07-19 / 11:15

#### ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comuniqué y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comuniqué al correo electrónico recepción@laboratoriobioanalysis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.



Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02792084

URL : <https://qrco.org/54Ce>



02792084

Sede Antioquia  
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado  
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864  
E- mail: contacto@laboratoriobioanálisis.co

Sede Tolima  
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz  
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894  
www.laboratoriobioanálisis.co

**Paciente** : LOAIZA QUINTERO GONZALO ANDRES  
**Historia** : 1110582723  
**Identificación** : 1110582723  
**Edad/Sexo** : 28 / M  
**Telefono** : .  
**Remisión** : 02792084

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA  
**Convenio** : SALUD OCUPACIONAL REGION  
**Fecha Recepción**: 2025-07-19 09:15:18  
**Fecha Impresión** : 2025-07-21 11:11:27.  
**Empresa** :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

### QUIMICA

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO  
BACTERIOLOGA  
T.P. 42067747

### UROANALISIS

#### Uroanálisis [Citoquímico de Orina]

#### UROANALISIS

#### ANALISIS FISICO QUIMICO

Color	<b>Amarillo</b>
Aspecto	<b>Ligeramente Turbio</b>
PH	<b>6.0</b>
Densidad	<b>1015</b>
Glucosa	<b>Negativo</b>
Proteinas	<b>Negativo</b>
Cetonas	<b>Negativo</b>
Bilirrubinas	<b>Negativo</b>
Urobilinogeno	<b>Normal</b>
Sangre ( Hemoglobina )	<b>Negativo</b>
Nitritos	<b>Negativo</b>
Leucocitos	<b>Negativo</b>

#### ANALISIS MICROSCOPICO

Células epiteliales	<b>0-1</b>	/campo
Leucocitos	<b>0-1</b>	/campo
Eritrocitos	<b>Negativo</b>	/campo
Bacterias	<b>+</b>	

Fecha / Hora Validado : 2025-07-19 / 11:38

#### ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones via Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepción@laboratoriobioanálisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.



Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02792084

URL : <https://qr.cd.org/54Ce>



02792084

Sede Antioquia  
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado  
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864  
E- mail: contacto@laboratoriobioanalysis.co - www.laboratoriobioanalysis.co

Sede Tolima  
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz  
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894  
www.laboratoriobioanalysis.co

**Paciente** : LOAIZA QUINTERO GONZALO ANDRES  
**Historia** : 1110582723  
**Identificación** : 1110582723  
**Edad/Sexo** : 28 / M  
**Telefono** : .  
**Remisión** : 02792084

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA  
**Convenio** : SALUD OCUPACIONAL REGION  
**Fecha Recepción**: 2025-07-19 09:15:18  
**Fecha Impresión** : 2025-07-21 11:11:27.  
**Empresa** :

**ANALISIS**

**RESULTADO**

**UNIDADES**

**VALORES DE REFERENCIA**

**UROANALISIS**

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO  
BACTERIOLOGA  
T.P. 42067747

**ADVERTENCIA LEGAL**

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones via Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepción@laboratoriobioanalysis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.



Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02792084

URL : <https://qr.cd.org/54Ce>



02792084

21/07/2025 11:11:31 a. m.

Página 1 de 1

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz  
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816  
E- mail: contacto@laboratoriobioanalysis.co

**Paciente** : GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO  
**Historia** : 1110582723  
**Identificación** : 1110582723  
**Edad/Sexo** : 28 / M  
**Telefono** : .  
**Remisión** : 02792084

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA  
**Convenio** : SALUD OCUPACIONAL REGION  
**Fecha Recepción**: 2025-07-19 09:15:18  
**Fecha Impresión** : 2025-07-21 11:11:30.  
**Empresa** : SALUD OCUPACIONAL REGION

## HEMATOLOGIA

### HEMOGRAMA DE 5 GENERACION

Recuento de Eritrocitos	5.08	$\times 10^6/\text{mm}^3$	3.90 -	$0^6/\text{mm}^3$
Hemoglobina	14.8	g/dl	1. 14.5-16.5	12.0-15.0
Hematocrito	44.2	%	1om. 40 - 50	1uj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	86.9	fl	80 -	97 fl
HB Corpuscular Media	29.1	pg	26.5 -	33.5 pg
Concentración HB Corpuscular Media	33.5	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria SD	44.3	fL	38.0	58.0
Ancho Distribución Eritrocitaria CV	14.0	%	10.0	20.0
Recuento de Plaquetas	295	$\times 10^3/\text{mm}^3$	150 -	$0^3/\text{mm}^3$
Volumen Plaquetario Medio	8.6	fl	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria cv	9.3	%	0.0	99.9
Plaquetocrito	0.253	%	0.000	0.990
PLCR	17.3	%		
PLCC	51	$\times 10^3/\text{mm}^3$		
Recuento de Leucocitos	8.47	$\times 10^3/\text{mm}^3$	5.0	$10^3/\text{mm}^3$
% Granulocitos	56.2	%	43.0 -	65.0 %
% Linfocitos	35.2	%	30.0 -	40.0 %
% Monocitos	6.4	%	0.1 -	6.0 %
% Eosinofilos	1.6	%	0.1 -	5.0 %
% Basofilos	0.6	%	0.0 -	2.0%
# Granulocitos	4.77	$\times 10^3/\text{mm}^3$		
# Linfocitos	2.98	$\times 10^3/\text{mm}^3$		
# Monocitos	0.54	$\times 10^3/\text{mm}^3$		
# Eosinofilos	0.13	$\times 10^3/\text{mm}^3$		
# Basofilos	0.05	$\times 10^3/\text{mm}^3$		

Fecha / Hora Validado : 2025-07-19 / 10:57



"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02792084

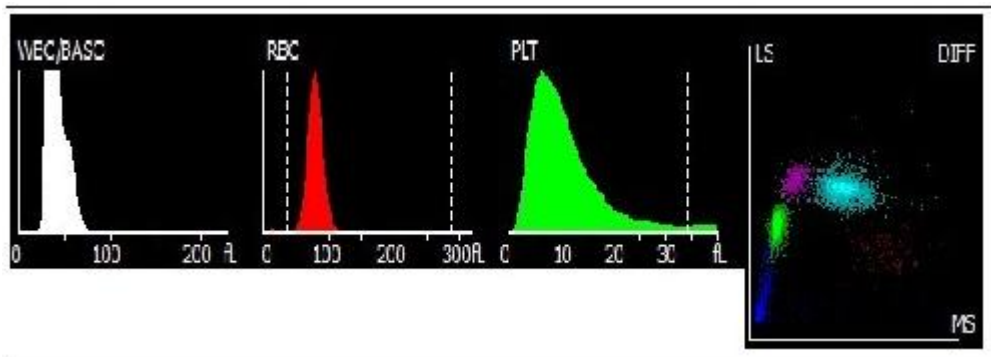
URL : <https://qr.cd.org/54Ce>

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz  
Tel: (8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816  
E- mail: contacto@laboratoriobioanalysis.co

**Paciente** : GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO  
**Historia** : 1110582723  
**Identificación** : 1110582723  
**Edad/Sexo** : 28 / M  
**Telefono** : .  
**Remisión** : 02792084

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA  
**Convenio** : SALUD OCUPACIONAL REGION  
**Fecha Recepción**: 2025-07-19 09:15:18  
**Fecha Impresión** : 2025-07-21 11:11:30.  
**Empresa** : SALUD OCUPACIONAL REGION

## HEMATOLOGIA



Validado Por:



MARIA STELLA PEÑA BOTERO

T.P. 42067747

Correlación Médica:



"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02792084

URL : <https://qr.cd.org/54Ce>

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO  
PSICOLOGA  
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D.O.  
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

**I. DATOS PERSONALES**

Nombre: GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO EDAD: 28 AÑOS  
Empresa: SENA  
Cargo: INSTRUCTOR EN SISTEMAS  
Nivel de Estudio: UNIVERSIDAD  
Instrumentos aplicados: VALANTI Y EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA INTEGRAL PARA ADULTOS  
Examinador: LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO

EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA

FECHA DE ADMINISTRACIÓN 19-07-2025 PRUEBAS ADMINISTRADAS: Atención, Memoria, Gnosis, Praxias, Lenguaje y Pensamiento

ATENCIÓN

PRODUCCIÓN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea.  
PUNTAJE: 0 (Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE FUNCIÓN: Normal

MEMORIA

PRODUCCION DEL PACIENTE: Dos figuras erradas respetando forma y tamaño sin dificultades. En caso de fallar en una figura corrige espontáneamente o con facilitación del examinador.  
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

GNOSIAS

PRODUCCION DEL PACIENTE: Reconoce correctamente los estímulos en tiempo y forma.  
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PRAXIAS

PRODUCCIÓN DEL PACIENTE: Movimientos correctos y adecuados a los solicitados, en tiempo y forma.  
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

LENGUAJE

PRODUCCIÓN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea en tiempo y forma.  
PUNTAJE: 0 (Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PENSAMIENTO

PRODUCCIÓN DEL PACIENTE: Respuestas adecuadas del tipo de pensamiento lógico- Abstracta  
PUNTAJE: 0 (Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

INFORME NEUROCOGNITIVO FINAL: SE PUEDE CONCLUIR DE LAS PRUEBAS REALIZADAS QUE EL SR GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO NO PRESENTA ALTERACIONES. NIEGA USAR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO  
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR EN SISTEMAS

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO  
 PSICOLOGA  
 ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D.O.  
 ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Nombre: **GONZALO ANDRES LO**

Edad: **28** Sexo: **M**

Cargo: **INST EN SISTEMAS**

Estudios: **UNIVERSITARIO**

1 2 1 19-jul-25

2 1 2

3 1 2

4 3 0

5 1 2

6 1 2

7 2 1

8 1 2

9 2 1

10 3 0

11 2 1

12 2 1

13 3 0

14 1 2

15 2 1

16 0 3

17 2 1

18 3 0

19 0 3

20 2 1

21 1 2

22 0 3

23 3 0

24 0 3

25 3 0

26 3 0

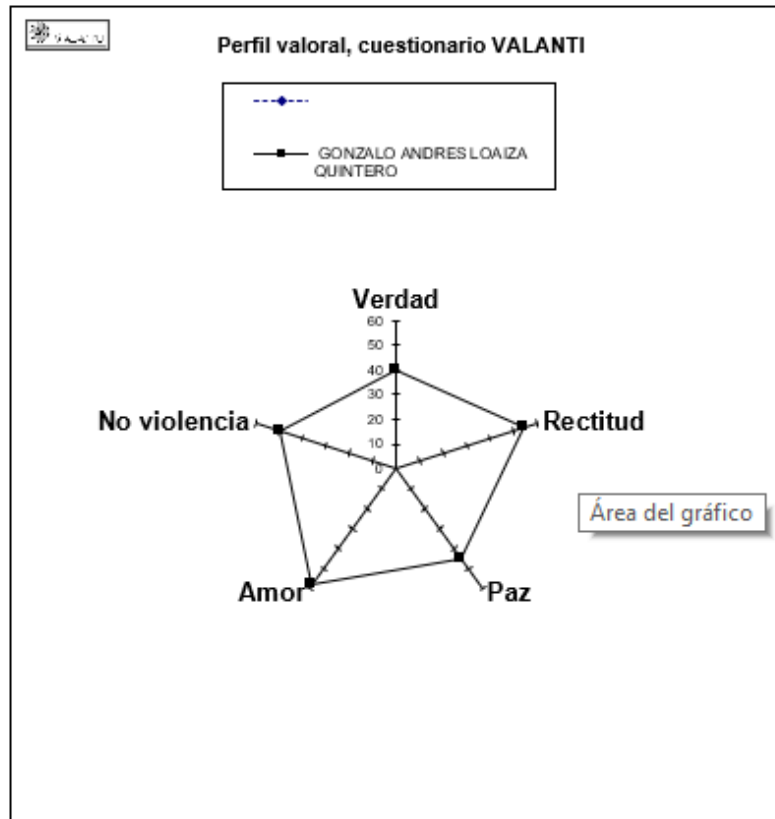
27 1 2

28 3 0

29 2 1

30 1 2

Valor	Verdad	Rectitud	Paz	Amor	No violencia
Promedio Normas nacionales, 1997 (n=730)	15,65	21,05	17,35	16,68	21,22
Desviación Standar Normas nacionales, 1997 (n=730)	4,70	4,44	6,61	5,41	7,19
Puntajes directos	11	23	14	21	21
<b>ANDRES LOAIZA QUINTERO</b>	<b>40</b>	<b>54</b>	<b>45</b>	<b>58</b>	<b>50</b>
Interpretación del puntaje estándar	Promedio Bajo	Promedio Alto	Promedio	Promedio Alto	Promedio
	***	*****	****	*****	****
Distancia con la Organización	40	54	45	58	50





LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO  
PSICOLOGA  
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D.O.  
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO. El área menos importante es la intelectual (Valor VERDAD).

El predominio del valor verdad no es fundamental. La parte intelectual de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

Le da un poco más de importancia a la rectitud que el resto de la población. Destaca el área física, dándole buena prioridad a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de la gente. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

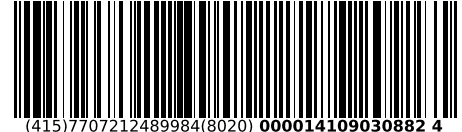
---

GONZALO ANDRES LOAIZA QUINTERO  
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR EN SISTEMAS

2. Concepto   Actualización de oficio

4. Número de formulario

141090308824



(415)7707212489984(8020) 000014109030882 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 1 0 5 8 2 7 2 3

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico

9

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 1 0 5 8 2 7 2 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Tolima

7 3

30. Ciudad/Municipio

Ibagué

0 0 1

31. Primer apellido

LOAIZA

32. Segundo apellido

QUINTERO

33. Primer nombre

GONZALO

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Tolima

7 3

40. Ciudad/Municipio

Ibagué

0 0 1

41. Dirección principal

SM 6 MZ 6 CA 15 BRR LAS AMERICAS PICALAÑA

42. Correo electrónico

galoaiza88@misena.edu.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 2 6 4 0 0 2 5

45. Teléfono 2

3 1 1 2 1 1 2 7 5 5

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

7 0 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 1 0 1

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

3 1 2 1

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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
53. Código	5	4	9																						

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
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

2024-08-02 / 07:08:12PM

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