



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	17 de Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	40091-999556

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.014.195.264	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	patriciagguevara10@gmail.com	Número de Cuenta:	67305644941
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:	8983997/2026	Nº Compromiso SIIF	15126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	6
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 5.685.009
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 947.512

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
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.785.747	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	83607508	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título 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 - 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	\$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 20.687.730	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.712.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			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

Desarrollar actividades acordes con lo establecido en los programas y proyectos establecidos por competencias impartidas.
Publicación de evidencias y anuncios sobre el material de apoyo a la formación. Toma de Asistencia a la FPI
Se realiza publicación de material de apoyo de acuerdo a la planeación establecida en cada una de las competencias impartidas.
Se da cumplimiento a la programación de competencias.
Se realizan planes de trabajo y planeación de formación.
Control de asistencia a formación.
Uso de medios tecnológicos (PC) propio y EPP de acuerdo a las necesidades de la formación
Asistencia a reuniones programadas por la coordinación
Se genera informe periódico correspondiente al desarrollo y avance de plan de trabajo

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

Patricia Guevara
AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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.

Autorizo el presente pago.
 El Supervisor,

 Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
 Fecha: 2026.06.18 09:13:32 -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)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014195264	AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL		DG 77B #119A -73 TO1 1002	8048183	patriciaguevara10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83607508	12/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,895,000	\$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					
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
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	1014195264	AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL		DG 77B #119A -73 TO1 1002	8048183	patriciaguevara10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83607508	12/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,895,000	\$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	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	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 1014195264	GUEVARA BERNAL AYDA PATRICIA		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	CCF24	1.895.000	30	37.900	0	0	0	0	0	

PAGADA

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

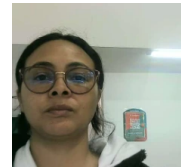
TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
Fecha de nacimiento: 30/09/1988
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: DOCENTE

CC: 1014195264
Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-07-06 / 09:05:50
Fecha salida: 2024-07-06 / 10:56:52



EXÁMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:

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.

KAREN DAYANTH MELENDEZ CARDOZO
Medico SST
R.S 15369 de 25/04/2024

KAREN DAYANTH MELENDEZ
CARDOZO
RM: 1020835794
Firma y sello del médico

AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

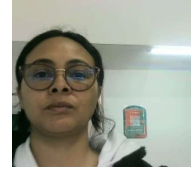
TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL
Fecha de nacimiento: 30/09/1988
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: DOCENTE

CC: 1014195264
Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-07-06 / 09:05:50
Fecha salida: 2024-07-06 / 10:56:52



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL


KAREN DAYANTH MELENDEZ CARDOZO
Medico SST
R.S 18369 de 25/04/2024

KAREN DAYANTH MELENDEZ
CARDOZO
RM: 1020835794
Firma y sello del médico



AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

PSICOMETRICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

CC: 1014195264

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL

Fecha de nacimiento: 30/09/1988

Edad: 35 Sexo: FEMENINO RH: O +

Teléfono:

Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargos: DOCENTE

Fecha ingreso: 06/07/2024

Fecha salida: 06/07/2024

Teléfono acompañante:



CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA. SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUCES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS. TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

• SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.
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.

NOTA: ESTA PRUEBA CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA.

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:



MARIA NANCY PINILLA
RM: 5901
Firma y sello del médico

Ayda Guevara B

AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
- Exito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

EXAMEN OPTOMETRICO

● SEDE: CENDIATRA NORTE 83

● DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

● CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

● TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

● EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

● FECHA EXAMEN: 2024-07-06

CC: 1014195264
 Nombres y apellidos: AYDA PATRUCIA GUEVARA BERNAL
 Fecha de nacimiento: 30/09/1988
 Edad: 35 Sexo: FEMENINO RMI: O +
 Teléfono:
 Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
 Empresa Usuario:
 Cargo: OCULISTA
 Fecha Ingreso: 06/07/2024
 Fecha salida: 06/07/2024
 Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES: NO
 CIRUGÍA OCULAR: NO
 GLAUCOMA: NO
 HIPERTENSIÓN ARTERIAL: NO
 ALERGIAS: NO
 OTROS: SI

REFIERE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISION BORROSA: NO
 ARDOR: NO
 LAGRIMEO: NO
 ENROJECIMIENTO: NO
 PRURITO: NO
 CEFALEA: NO
 ASTENOPIA: NO
 SALTO DE RENGLO: NO
 FOTOFOBIA: NO
 SECRECIÓN: NO
 DOLOR OCULAR: NO
 VISION DOBLE: NO
 INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS: NO
 MAREO: NO
 VERTIGO: NO
 MIODESOPSIAS: NO
 OTROS:

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA		
SIN CORRECCION OD VISION LEJANA:	20/20	CC
CON CORRECCION OD VISION LEJANA:	20/20	CC
SIN CORRECCION DI VISION LEJANA:		
CON CORRECCION DI VISION LEJANA:	20/20	CC
SIN CORRECCION AO VISION LEJANA:		
CON CORRECCION AO VISION LEJANA:	20/20	CC
VISION PROXIMA		
SIN CORRECCION OD:		
CON CORRECCION OD:	0.50 CM.	CC
SIN CORRECCION DI:		
CON CORRECCION DI:	0.50 CM.	CC
SIN CORRECCION AO VISION PROXIMA:		
CON CORRECCION AO VISION PROXIMA:	0.50 CM.	CC
ESTENOPEICO		
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:		
SIN CORRECCION DI ESTENOPEICO:		
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:		

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

Sedes Bogotá

Sedes Nacionales

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
 - Norte 86 - Occidente 1 - Sur 1 - Sur 2 -
 Zona Franca Fontibón

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
 Exito San Fernando - Cali La Flora - Call Versailles - Cartagena -
 Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
 Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -

SANO
SANO

COVER TEST

CENTRADO

NORMAL

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1
OD QUERATOMETRÍA:
OI QUERATOMETRÍA:

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1
OD OFTAMOLSCOPIA:
OI OFTAMOLSCOPIA:

MEDIOS TRANSPARENTES
MEDIOS TRANSPARENTES

REFRACCIÓN

OJO DERECHO
ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJÍA:
OJO IZQUIERDO
ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJÍA:

SOBREREFRACCION NEUTRO

SOBREREFRACCION NEUTRO

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1
TEXT ADICIONALES:
VISION CROMÁTICA:
ESTERIOPSIS:
TITMUS:
RX EN USO
OD:
OI:

NO
NORMAL
NORMAL
NO

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1
DIAGNÓSTICO 1:
DIAGNÓSTICO 2:
DIAGNÓSTICO 3:
DIAGNÓSTICO 4:
DIAGNÓSTICO 5:
OBSERVACIONES:

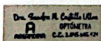
EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO

- SE SUGIERE CONTROL POR OPTOMETRÍA ANUAL Y CONTINUAR CON
FORMULACION DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1
REQUIERE FORMULA:
CONTROL ANUAL:
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:
VALORACIÓN OPTOMETRICA:

SI
SI
NO
NO
PERMANENTE



SANDRA MARCELA CASTILLO
ULLDA
RM: N/A
Firma y sello del médico

Patricia Guevara B

AYDA PATRICIA GUEVARA
BERNAL
CC: 1014195264
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Call Versailles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-07-06

CC: 1014195264

Nombres y apellidos: AYDA PATRICIA GUEVARA BERNAL

Fecha de nacimiento: 30/09/1988

Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +

Teléfono:

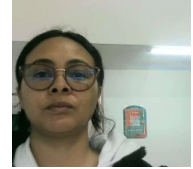
Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: DOCENTE

Fecha ingreso: 06/07/2024

Fecha salida: 06/07/2024

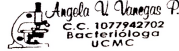


GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	80.0	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Angela Vanegas

ANGELA V. VANEGAS P.
C.C. 1077942702
Bacteriología
UCMC

ANGELA VIVIANA VANEGAS PARDO

RM: 1077942702

Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

Código: Versión: Fecha: