

SENA 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 Regional11 Código Centro940410 Fecha ElaboraciónJulio de 2026 VersiónENERO - 1,26 ID de Proceso78554-846704		
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos:LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO		Banco a consignar: BANCO COOMEVA S.A.		
Cédula de Ciudadanía71.742.732		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico:lbarrientos@sena.edu.co		Número de Cuenta: 71742732		
IP/N° de contacto: 74133		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:		Ninguno		
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.		0,00%		
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato:905663/2026	N° Compromiso SIIF45226	Número de pagos durante la vigencia del contrato10		
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 en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la			
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del01/07/2026	Al31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 23.687.485	
Número de pago6		Valor Total del Contrato:	\$ 47.374.970	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 18.949.988	
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	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				
		Base retención en la fuente a título de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Julio	Junio	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 - 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%	\$34.479.550	\$ 1.047.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.235.000		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				
Ejecutar acciones de FPI que contribuyan al desarrollo social, promoviendo principios de FPI (Trabajo productivo, Integralidad...)				
Contribuir a la implementación del SGSST. Orientar competencia "Registro de Información en medios tecnológicos" Programa 134101 v3.				
Registrar en los soportes "Formato asistencia" evidencia de participación de aprendices en actividades de ejecución de la formación.				
Realizar asesorías técnico-pedagógicas en IE asignadas; Apoyar el registro y gestión de resultado de pruebas de conocimiento en IE.				
Impartir FPI en atención al objeto contractual IED Distritales (Manuela Beltrán, Ficha 3457059). Dinamizar equio de trabajo para estructurar y presentar documentos que apoyen el desarrollo de etapa productiva para V-3 del programa de asistencia administrativa.				
Registrar inasistencias. Reportar a la coordinadora en IED NOVEDADES de aprendices cuando a ello haya lugar (Inasistencias/Permisos)				
Proteger datos según lineamientos recibidos en atención a normativa. Participar en reuniones virtuales/presenciales citadas desde la coordinación. Presentar Informe mensual Ejecución. Aportar a cumplimiento "Proceso Gestión Documental". Utilizar medios propios.				
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				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.		DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO INSTRUCTOR G20		
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)				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	71742732
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTANO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PUERTO BERRIO DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 53 4 25 TELÉFONO:	8333123
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Formación académica no formal.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6023187019	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 459038220

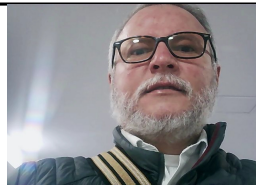
NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 303.200
SUBTOTAL:			1	\$ 303.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1	\$ 236.900
SUBTOTAL:			1	\$ 236.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.900
SUBTOTAL:			1	\$ 9.900

VALOR SIN MORA:	\$ 550.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 550.000



Dando cumplimiento a la Resolución 1843 del 2025 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa			Empresa Usuaria		
PARTICULAR MEDICINA					
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	Departamento	
111111111	Crr 49 n 49 24	4481044	Medellin	Antioquia	
Actividad Economica					
7010:Actividades de administración empresarial					
INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR					
Apellidos y Nombres		Documento de identidad	Edad	Género	
BARRIENTOS CASTAÑO LUIS ALBERTO		CC 71742732	52 Años	M	
Lugar de Nacimiento		Lugar de Residencia		Estado Civil	
ITAGUI-ANTIOQUIA		Bogota, D.C.		SOLTERO	
Teléfono Fijo		Dirección		Celular	
3147602089		CHAPINERO		3147602089	
Correo Electrónico		Grado de Escolaridad		Hemoclasificación	
LUISBARCAST@GMAIL.COM		MAESTRIA		O +	
IMC		Hijos	EPS		
24.21		0	ALIANSA SALUD EPSS		
VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA		VACUNA REFUERZO	
SI	ESQUEMA COMPLETO CON REFUERZO	1° NO APLICA 2° NO APLICA		NO APLICA	
INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
Cargo		Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
INDEPENDIENTE		2026-01-14	06:19:50	07:12:01	08:36:43
Lugar de realización examen	BOGOTA TEUSAQUILLO				
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL					
Tipo de examen realizado					
PREINGRESO					
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL			TIPO DE RESTRICCIONES		
CUMPLE PARA EL PERFIL DEL CARGO			NO APLICA		
MOTIVO			CERTIFICADOS ADICIONALES		
NO APLICA			NINGUNO		
AREA DE LAS RESTRICCIONES			INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO		
NINGUNA			NINGUNA		
APTITUD DE TAREAS					
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA					
TEST BECK: SE REALIZA					
LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA) SE REALIZA					
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA					
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA					

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)**

Uso de corrección permanente

Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.

MEDICAS PERSONALES

Se informa asistir a controles preventivos por el medico Líder de su EPS por alteraciones en el resultado del examen Glicemia y seguir indicaciones médicas

CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)

NINGUNA

CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)

Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.

Utilizar gafas y/o lentes para actividades que requieran lectura o actividades de visión cercana. Actualizar anualmente la fórmula.

Utilizar gafas y/o lentes de forma permanente y actualizar anualmente la fórmula.

Se recomienda uso permanente de medias compresivas si va a trabajar largos periodos en bipedestación.

CONDUCTAS - (RECOMENDACIONES LABORALES)

NINGUNO / NO APLICA

OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.

OTRAS OBSERVACIONES

Ninguna

OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

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 evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales

OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION

Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	TIPO: 1	GRUPO: A, D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	OPTOMETRA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES		
Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están 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 y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.		
Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumplimiento con la (Resolución 1843 del 2025 artículo 18), 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 las Resolución 1843 del 2025 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.		

[Handwritten signature]

Firma: _____
Nombre: ARTEAGA ARREDONDO LUIS FELIPE
R.M. / TP: 5489 L.S.O. 5877/2021

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

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO
Fecha de Nacimiento: 1973-09-20
Género: M
Estado civil: SOLTERO
Estrato: 3
Dirección: CHAPINERO
Acompañante:
Empresa: PARTICULAR MEDICINA
Ciudad - Sede: BOGOTÁ, D.C.
TIPO EXAMEN: PREINGRESO

Identificación: CC: 71742732
Edad: 52
RH: O +
Escolaridad: MAESTRIA
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Teléfono: 3147602089
Tel. Acompañante:
Cargo: INDEPENDIENTE
Sede: BOGOTÁ TEUSAQUILLO
ENFASIS: ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

TEST BECK

TIPO EXAMEN			
ENFASIS			
FORMATO MANUAL			
FORMATO MANUAL	NO		
DATOS EMPRESA			
RAZON SOCIAL	CAMPO ADICIONAL1		
CAMPO ADICIONAL2	CARGO		INDEPENDIENTE
ANTECEDENTES PERSONALES			
CONSUMO CIGARRILLOS	NO	CONSUMO ALCOHOL	NO
DEPORTE - EJERCICIO	NO	CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO
VALORACION PSICOLOGICA			
VALORACION PSICOLOGICA	Al momento de la evaluación realizada a través de la aplicación del cuestionario de ansiedad de Beck (formato en físico) compuesto por 21 síntomas asociados a la ansiedad, se puede evidenciar que el usuario evaluado presenta una puntuación de 3, lo que indica niveles de ansiedad (MUY BAJOS) frente a las dificultades presentadas en su vida diaria por lo que APRUEBA cuestionario, es decir; que no se presentan características que puedan interferir en su labor o la de sus colaboradores para ejercer las actividades propias de su cargo.		
DIAGNOSTICO			
DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional	RECOMENDACIONES	Además, se realiza una profundización en la sintomatología relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés, donde no se evidencian signos relevantes que indiquen la presencia de síntomas que puedan afectar su actividad laboral. Se recomienda a la empresa llevar a cabo un monitoreo constante, buscando promover la salud y el bienestar en el colaborador.
OBSERVACIONES			
HISTORIA MANUAL			
FORMATO MANUAL	SI		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Firma: _____
Nombre: LUIS MIGUEL ACOSTA VELANDIA
R.M. / TP: RM.192597 TP.25-0668/2021

Firma: _____
Nombre: _____
Documento: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO		Identificación:	CC: 71742732
Fecha de Nacimiento: 1973-09-20		Edad:	52
Género: M		RH:	O +
Estado civil: SOLTERO		Escolaridad:	MAESTRIA
Estrato: 3		Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Dirección: CHAPINERO		Teléfono:	3147602089
Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Empresa: PARTICULAR MEDICINA		Cargo:	INDEPENDIENTE DOCENTE
Ciudad - Sede: BOGOTA, D.C.		Sede:	BOGOTA TEUSAQUILLO
TIPO EXAMEN: PREINGRESO		ENFASIS:	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

VISIOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA			
TIPO EXAMEN			
ENFASIS			
DATOS EMPRESA			
RAZON SOCIAL		CAMPO ADICIONAL1	
CAMPO ADICIONAL 2		CARGO	
PROFESION			
ANTECEDENTES OCULARES			
ANTECEDENTES OCUPACIONALES		SI	OBSERVACIONES
			USA GAFAS PERMANENTE ULTIMO EXAMEN VISUAL 3 AÑOS NO REFIERE MOLESTIA VISUAL EXPUESTO A LUZ ARTIFICIAL Y PANTALLAS
EN LA EMPRESA ACTUAL			
ACCIDENTE OCULAR		NO	OTROS
FORMATO MANUAL			
FORMATO MANUAL		NO	
ANTECEDENTES FAMILIARES			
ANTECEDENTES FAMILIARES		NO	OBSERVACIONES
ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES			
ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	ACCIDENTE OCULAR	NO
DIABETES MELLITUS	NO	GLAUCOMA	NO
QUIRURGICOS	NO	CATARATAS	NO
FARMACOLOGICOS	NO	AMBLIOPIA	NO
PATOLOGICOS	NO	PATOLOGIA OCULAR	NO
RINITIS	NO	DEFECTOS REFRACTIVOS	SI
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	PTERIGIO	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	TRATAMIENTOS ORTOPTICOS	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	CIRUGIA OCULAR	NO
OTROS	NO	ESTRABISMO	NO
OBSERVACIONES	NINGUNO		
AGUDEZA VISUAL			
PRUEBA CON CORRECCION OPTICA CERCA LEJOS VIS		SI AMBOS	CUAL PROGRESIVOS LENTES RAYADOS
VISION LEJANA			
SIN CORRECCION OD		CON CORRECCION OD	20/25
SIN CORRECCION OI		CON CORRECCION OI	20/25
SIN CORRECCION AO		CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA			
SIN CORRECCION OD		CON CORRECCION OD	20/25
SIN CORRECCION OI		CON CORRECCION OI	20/25
SIN CORRECCION AO		CON CORRECCION AO	20/25
MOTILIDAD OCULAR			
OBSERVACIONES		NORMAL	
PRUEBAS SENSORIALES			
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA		NORMAL - 15/15	ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES		NORMAL	
EVOLUCION			
EVOLUCION			
RECOMENDACIONES			
USO DE CORRECCIÓN VISUAL		PERMANENTE	USO DE EPV
VALORACION POR OFTALMOLOGIA			VALORACION POR OPTOMETRIA
RECOMENDACIONES GENERALES		DEFECTO REFRACTIVO CORREGIDO USO PERMANENTE , CONTROL POR SU EPS PARA RENOVAR FORMULA	1
RECOMENDACIONES-TEXTOS			
VALORACION COMPLEMENTARIA VISIOMETRIA		TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS	
		Uso de corrección permanente Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.	

IMPRESION DIAGNOSTICA			
REFRACTIVO			
BUENA AGUDEZA VISUAL		OBSERVACIONES	
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL	1	OBSERVACIONES	DE LEJOS Y DE CERCA AMBOS OJOS
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL		OBSERVACIONES	
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		OBSERVACIONES	
CONTROLES			
MENSUAL		BIMENSUAL	
TRIMESTRAL		SEMESTRAL	
ANUAL			

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Firma: _____
Nombre: MONICA BIBIANA GUERRA PERDÓMO
R.M. / TP: TP.52483852

Firma: _____
Nombre: _____
Documento: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS ALBERTO BARRIENTOS CASTAÑO		
Identificación	CC	Nro	71742732
Fecha de Nacimiento	1973-09-20	Edad	52
Sexo	M	Empresa	PARTICULAR MEDICINA
Fecha cita	2026-01-14 06:44:54	Sede	BOGOTA TEUSAQUILLO
Direccion	Diagonal 40A # 13A-16 Teusaquillo- Bogotá		

GLICEMIA

GLUCOSA EN SUERO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO	116.9	mg/dl	70-110

Dyereche
Dhila S. Ureche M.
Bacteriologa
Reg: 0021

DHILA SOREL URECHE MONTERO
0021
BACTERIOLOGA