



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 FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	11
Código Centro	950810
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	56714-895760

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ADRIANA ROA VARGAS	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	51.951.166	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	aroav@sena.edu.co	Número de Cuenta:	7590372913
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
NO			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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:	8535489/2025	Nº Compromiso SIIF	101025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	1
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES :PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA APOYAR LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA CUIDADO BÁSICO A PERSONAS MAYORES O APLICACIÓN DE TÉCNICAS EN MAQUILLAJE SOCIAL DEL CENTRO DE FO				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	04/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 5.519.412
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 5.519.412
Valor Bruto Pago:	\$ 5.519.412,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 5.519.412	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.519.412	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.658.512	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	91852202	Base retención en la fuente a título de ICA	3.658.512,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.207.765	\$ 0	Valor base IVA	4.890.112,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 276.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 353.300	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 11.600	\$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	47.238,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			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	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 3.278.434	\$ 1.220.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$5.472.174,00	

SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir información en las fichas 3391970 - 3391966 - 3391964 - 3391958 Programa cuidado básico al adulto mayor
Los reportes de juicios de los aprendices se realizaron de manera adecuada y en los tiempos estipulados
Cumplí con los tiempos estipulados para presentar las actividades relacionadas con el proceso de formación
Verifique que todos los datos de los aprendices quedaran correctamente diligenciados para el proceso de certificación
Se cumplió a cabalidad el instructivo de política de protección de datos
Cumplí a cabalidad con la formación del programa de cuidado básico del adulto mayor, impartiendo formación a los 4 grupos para un total de 60 aprendices, así mismo la entrega del material de formación y la gestión de la entrega de cuentas bancarias para el depósito del beneficio económico.

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

Adriana Roa Vargas

**ADRIANA ROA VARGAS
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,

Hugo Fernando Garcia Caicedo

**HUGO FERNANDO GARCIA CAICEDO
INSTRUCTOR G14**

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
KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51951166	ADRIANA ROA VARGAS		CALLE 38 A SUR NO 72 M 43	5631194	LUTA.02@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91852202	\$700.200	

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	282.900	0		0		0	0	0	0	282.900	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	362.100	0	0	0	0	0	0	0	362.100	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	55.200				55.200	0	0	55.200			552	55.200	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	282.900	282.900
Pensión	1	362.100	362.100
Riesgos Laborales	1	55.200	55.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	700.200	700.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51951166	ADRIANA ROA VARGAS		CALLE 38 A SUR NO 72 M 43	5631194	LUTA.02@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	1	28/11/2025	91852202	\$700.200		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51951166	ROA VARGAS ADRIANA	59	0			N																	25-14	2.262.800	362.100	0	0	0	0	EPS008	2.262.800	282.900	14-23	2.262.800	3	55.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



adriana roa <aroa9139@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✓ CUS 1961928660

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: aroa9139@gmail.com

28 de noviembre de 2025 a las 8:38

**¡Hola, ADRIANA ROA!****Estado de la Transacción:** Aprobada ✓**Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 704.300**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 28/11/2025**CUS:** 1961928660

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten encuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/quest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ADRIANA ROA VARGAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 51951166, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como colizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210811	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Octubre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
30317331

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ADRIANA ROA VARGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **51951166**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Hace constar:

Que el Sr(a) ADRIANA ROA VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51951166 realizó el día 05/12/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ADRIANA ROA VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51951166 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ADRIANA ROA VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51951166 el día 05/12/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



GABRIELA HOYOS ROJAS
CC: 1000707917
RM: N/A
LIC-SST: N/A
Firma y sello del médico

ADRIANA ROA VARGAS
CC: 51951166
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

Código: Versión: Fecha:

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

ADRIANA ROA VARGAS CC 51951166 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	899999034
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura	2025-11-04	Estado de afiliación	Activo
Clase de riesgo	1	Código Actividad Económica	1855101
Fecha de Inicio del Contrato	2025-11-04	Fecha Fin del Contrato	2025-12-03
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 5 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov



Información General

Fecha impresión:	BOGOTA D.C. - 2025/03/11	Nro Ingreso:	20250311022234
Paciente:	ADRIANA . ROA VARGAS	CC:	51951166
Edad:	55 años	Nombre Cliente:	CLINICA COLSANITAS S.A.
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Periodico
Cargo:	ENFERMERO ESPECIALISTA	Convenio:	CLINICA COLSANITAS S.A. - PERIODICOS PUNTUALES ADMINISTRATIVOS 2025
Fecha Atención:	2025-03-11 07:31:21		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS LABORATORIO CLINICO COMPLEMENTARIOS VACUNAS

OPTOMETRIA

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO: CON HALLAZGOS QUE REQUIEREN MEDIDAS PREVENTIVAS Y NO LIMITAN LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONTROL DE PESO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR (MINIMO 150 MIN / SEMANA), ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN PROGRAMA DE LA EMPRESA, HIGIENE POSTURAL, CONTROL OCUPACIONAL PERIODICO , USO DE CORRECCION OPTICA, USO DE MEDIAS DE COMPRESION, SEGUIMIENTO POR PROGRAMAS DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA EMPRESA A NIVEL CARDIOVASCULAR, CONTINUAR CONTROLES MEDICOS POR PATOLOGIA DE BASE POR EPS,
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Examen Periodico Ocupacional
- Pausas Activas
- Higiene Postural
- Realizacion Pruebas Complementarias
- Uso de E.P.I.
- Remitir a EPS
- Continuar Manejo Medico


Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

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 informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Dr. Abraham Camargo Gómez
U MILITAR U ROSARIO
RM 51803/2002 LSO.4476/2020



Profesional Ocupacional: CAMARGO GOMEZ ABRAHAM JAVIER
Registro M.D: 51803-02
Licencia S.O: 4476-2020

Firma del Paciente: ADRIANA . ROA VARGAS
Identificación: CC. - 51951166

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-10-21

CC: 51951166

Nombres y apellidos: ADRIANA ROA VARGAS

Fecha de nacimiento: 12/10/1969

Edad: 56 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +

Teléfono: 3138476112

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: DOCENTE

Fecha ingreso: 21/10/2025

Fecha salida: 21/10/2025



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

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

ADJUNTAR RESULTADO
CARGAR ARCHIVO



María José Calderón C.
Microbióloga y Biotecnóloga
T.P.1090481304

MARIA JOSE CALDERON CASTILLO

RM: N/A

Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 1**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014470068**EMAIL:**citassoccidente1@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-10-21

Nombres y apellidos:ADRIANA ROA VARGAS
Fecha de nacimiento:12/10/1969
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:DOCENTE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:51951166
Edad:56 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-10-21 / 08:39:12
Fecha salida:2025-10-21 / 02:26:50
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.

**EXÁMENES REALIZADOS**

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

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:**RECOMENDACIONES:**NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:
OTRAS::USO Y RENOVACION DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
CONTINUAR CONTROL MEDICO PERIODICO

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 A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1062 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
CC: 56077671
RM: 56077671
LIC-SST: 56077671
Firma y sello del médico

Adriana Roa Vargas

ADRIANA ROA VARGAS
CC: 51951166
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN:Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

TELÉFONO:6014470068

EMAIL:cit.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2025-10-21

Nombres y apellidos:ADRIANA ROA VARGAS
Fecha de nacimiento:12/10/1969
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:DOCENTE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:51951166
Edad:56 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-10-21 / 08:39:12
Fecha salida:2025-10-21 / 02:26:50
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. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO Y RENOVACION DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
3. OTRAS:: CONTINUAR CONTROL MEDICO PERIODICO

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1052 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
CC: 56077671
RM: 56077671
LIC-SST: 56077671
Firma y sello del médico

Adriana Roa Vargas

ADRIANA ROA VARGAS
CC: 51951166
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

PSICOSOCIAL

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN:Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

TELÉFONO:6014470068

EMAIL:citass.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2025-10-21

CC:51951166

Nombres y apellidos:ADRIANA ROA VARGAS

Fecha de nacimiento:12/10/1969

Edad:56 **Sexo:**FEMENINO **RH:**A +

Teléfono:3138476112

Nombre acompañante:

Departamento:BOGOTÁ D.C.

ARL:

Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:DOCENTE

Fecha ingreso:21/10/2025

Fecha salida:21/10/2025

Teléfono acompañante:

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:COMPENSAR E.P.S.



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 PACÍFICOS, CUIDADOSO, TERCOS, PASIVOS. PUEDE LLEGAR A SER CONTROLADOR, FORMAL Y CALMADO, SE FIJA A UNA RUTINA Y HÁBITOS DE VIDA BIEN ESTRUCTURADOS, DE ÁNIMO ESTABILIZADO, ALTAMENTE PRODUCTIVO, REFLEXIVO, CAPAZ DE VOLVER A SUS OBJETIVOS, A PESAR DE LAS DIFICULTADES QUE SE LE PRESENTEN.

OBSERVACIONES:

DE ACUERDO CON EL 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: ESTE TEST CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UN TEST DIAGNÓSTICO.

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:



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

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



ADRIANA ROA VARGAS
CC: 51951166
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

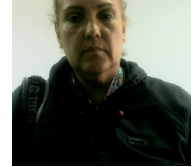
Sedes Nacionales

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

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 1**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014470068**EMAIL:**citassoccidente1@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-10-21

Nombres y apellidos:ADRIANA ROA VARGAS
Fecha de nacimiento:12/10/1969
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:DOCENTE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:51951166
Edad:56 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-10-21 / 08:39:12
Fecha salida:2025-10-21 / 02:26:50
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.

**EXÁMENES REALIZADOS**

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

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:**RECOMENDACIONES:**NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:
OTRAS::USO Y RENOVACION DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
CONTINUAR CONTROL MEDICO PERIODICO

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 A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1052 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
CC: 56077671
RM: 56077671
LIC-SST: 56077671
Firma y sello del médico

Adriana Roa Vargas

ADRIANA ROA VARGAS
CC: 51951166
Firma del paciente

Sedes BogotáPrincipal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón**Sedes Nacionales**Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN:Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

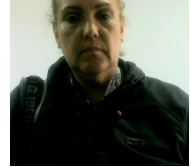
TELÉFONO:6014470068

EMAIL:cit.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2025-10-21

Nombres y apellidos:ADRIANA ROA VARGAS
Fecha de nacimiento:12/10/1969
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:DOCENTE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:51951166
Edad:56 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-10-21 / 08:39:12
Fecha salida:2025-10-21 / 02:26:50
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. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO Y RENOVACION DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
3. OTRAS:: CONTINUAR CONTROL MEDICO PERIODICO

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1052 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
CC: 56077671
RM: 56077671
LIC-SST: 56077671
Firma y sello del médico

Adriana Roa Vargas

ADRIANA ROA VARGAS
CC: 51951166
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

VISIOMETRIA

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN:Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

TELÉFONO:6014470068

EMAIL:cit.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2025-10-21

CC:51951166

Nombres y apellidos:ADRIANA ROA VARGAS

Fecha de nacimiento:12/10/1969

Edad:56 **Sexo:**FEMENINO **RH:**A +

Teléfono:3138476112

Nombre acompañante:

Departamento:BOGOTÁ D.C.

ARL:

Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:DOCENTE

Fecha ingreso:21/10/2025

Fecha salida:21/10/2025

Teléfono acompañante:

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:COMPENSAR E.P.S.



ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:

ES USUARIO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE. ULTIMO CONTROL VISUAL HACE 10 MESES.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:

20/20

CON CORRECCION

OJO DERECHO:

20/20

CON CORRECCION

OJO IZQUIERDO:

20/20

CON CORRECCION

ESTENOPEICO:

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:

1.25 MTS.

CON CORRECCION

OJO DERECHO VISUAL CERCANA:

1.75 MTS.

CON CORRECCION

OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:

1.75 MTS.

CON CORRECCION

ESTADO MOTOR

ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:

O

COVER TEST VP:

X

OBSERVACIÓN:

CON CORRECCION

TEST COMPLEMENTARIOS

VISIÓN CROMATICA

VISIÓN CROMATICA:

NORMAL

CON CORRECCION

ESTEREOPSIS

ESTEREOPSIS SEG:

50

CON CORRECCION

CAMPIMETRIA

CAMPIMETRIA:

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:

Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

DIAGNÓSTICO 4:

DIAGNÓSTICO 2:

H527: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3:

H524: PRESBICIA

RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

SE REQUIERE ACTUALIZAR LA CORRECCION OPTICA Y CONTINUAR CON EL USO PERMANENTE DE LA MISMA. CONTROL ANUAL.

EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN:

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-10-21

CC: 51951166

Nombres y apellidos: ADRIANA ROA VARGAS

Fecha de nacimiento: 12/10/1969

Edad: 56 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +

Teléfono: 3138476112

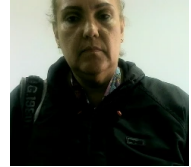
Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: DOCENTE

Fecha ingreso: 21/10/2025

Fecha salida: 21/10/2025



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

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

ADJUNTAR RESULTADO
CARGAR ARCHIVO



María José Calderón C.
Microbióloga y Bioanalista
T.P.1090491304

MARIA JOSE CALDERON CASTILLO

RM: N/A

Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



CERTIFICADO

**ANGELOPOLIS,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quien interese**

05/12/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ADRIANA ROA VARGAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **51951166**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número **0570007590372913**
Fecha de apertura **13/06/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA