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	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**86709-793010**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LAURA NATHALY TORRES SANABRIA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.000.019.918	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lntorres@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24107273363
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 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

Nº del contrato:	9089096/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**48126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación, ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.374.970
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.637.473

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	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

		Febrero	Enero			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**2047683415**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 0	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	$ 0	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.	$ 0			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

Participé en la revisión y verificación de las guías de aprendizaje, talleres y recursos didácticos

Durante la jornada formativa conocí y comprendí la aplicación de los lineamientos vigentes a través de la construcción de talleres

Desde mi rol como instructor, entregué oportunamente las actas y evidencias del mes de ejecución y desarrollé la actividad asignada

Desde mi rol como instructor, desarrollé de manera oportuna y conforme a los lineamientos las actividades establecidas

Se valido según indicaciones de coordinación

Se recopilo la información de los Aprendices de dos fichas y se valido que la información coincidiera para posteriormente enviar noved

Participe en las reuniones técnicas presenciales y virtuales convocadas por la Coordinación de Articulación con la Educación Media.

Se realizaron los procesos de inducción y validación de aprendizajes conforme acuerdo a la asignación. En el colegio JAPÓN IED

Se informo a los Aprendices, Coordinadores de enlace y actores del programa de Articulación de la política de tratamiento de datos.

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

LAURA NATHALY TORRES SANABRIA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Fecha: 2026.02.23 10:32:30 -05'00'

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)

23/02/26 00:27:11 USUARIO: SIC - C.C. 1000019918

Bogotá, Febrero / 23 de 2026

Señor (a): LAURA NATHALY TORRES SANABRIA
CC. 1000019918
TV 13A ESTE 49 37 SUR
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Diciembre / 2 de 2022, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

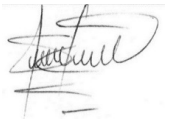
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LAURA NATHALY TORRES SANABRIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1000019918,** se encuentra afiliado/a desde **04/10/2020** 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 23 de febrero de 2026.



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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141237084319

(415)7707212489984(8020) 000014123708431 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 0 0 1 9 9 1 8	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 0 0 1 9 9 1 8

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	SANABRIA	LAURA	NATHALY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
TRANSVERSAL 13 A ESTE 49 37

42. Correo electrónico LAUNATHALY03@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 0	3 0 1 3 0 8 4 5 6 9	6 0 1 7 2 7 2 5 9 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 7 7 3	2 0 2 3 0 9 0 4	8 5 4 1	2 0 2 3 0 2 0 2	8 5 4 2			

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 ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0

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 TORRES SANABRIA LAURA NATHALY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141237084319

(415)7707212489984(8020) **000014123708431 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 0 0 1 9 9 1 8	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 3 0 9 0 4	
77. No. Matrícula mercantil	0 3 7 2 5 7 0 4	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LAURA NATHALY TORRES SANABRIA identificado con CC. 1000019918 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/02	**Fecha inicio contrato**	2026/02/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/17
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC23022026L1000019918T10403868.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGURUS

Hace constar:

Que el Sr(a) LAURA NATHALY TORRES SANABRIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1000019918 realizó el día 22/02/2026 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LAURA NATHALY TORRES SANABRIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1000019918 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) LAURA NATHALY TORRES SANABRIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1000019918 el día 22/02/2026 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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LAURA NATHALY TORRES SANABRIA Identificado con CC 1000019918

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina AVENIDA 26, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24107273363
Fecha de apertura:	27 de Julio de 2021
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 23 de Febrero de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT: 900858795
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 Barrio Andes **Teléfono:** 3214529637 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com
Actividad Económica: 8621 / **Tarifa Ica:** 9.66 Bogotá
Pertenecemos al RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN no efectuar Retención en la Fuente ni Retención de Ica



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES **Atención N°: 14900**

Fecha: 23/01/2026 **Ciudad:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)
Tipo Exámen: INGRESO **Eps:** SALUD TOTAL
CC: 1000019918 **Nombre:** TORRES SANABRIA LAURA NATHALY **Edad:** 23 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 03/10/2002 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	3	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 240 **F. Ultima Calibración:** 2024-10-07

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y MEMBRANA TIMPANICA NORMAL
Oído izquierdo: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y MEMBRANA TIMPANICA NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	25	25	20	20	20	20	25	25
VAOI	25	25	25	25	25	25	25	25

PTA Oido derecho: 21.25 **PTA Oido izquierdo:** 25.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

Oído derecho: **Oído izquierdo:** **Bilateral:**

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

Evaluaciones adicionales a los diagnósticos

NO APLICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 

Nombre: CC: 52074283 - SORAYA KATHERINE ZAPATA

R. M.: 52074283 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

W1507C2I14900

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: TORRES SANABRIA LAURA NATHALY

CC 1000019918

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS

Carrera 64 # 97 - 63 Telefono: 601

NIT 900.858.795-4

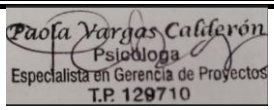
NOMBRES Y APELLIDOS	LAURA NATHALY TORRES SANABRIA
NUMERO IDENTIFICACION	1000019918
FECHA	23/01/2026

Deacuerdo con la valoracion psicologia a travésde las pruebas realizadas. Ha aplicado a la valoracion de los requisitos exigidos en el perfil definido en el citado cargo, teniendo en cuenta la identificación de habilidades especificas, a través de la homologación de indicadores obtenidos en la referida valoración.

BATERIA PSICOMOTRIZ (Atencion, concentracion, Percepcion, Habilidad Visoespacial y de Reaccion)	
CUESTIONARIO EVALUATIVO (Estado neurolinguistico)	
WARTEGG	
TES PROYECTIVOS BAJO LA LLUVIA.	

CONCEPTO EVALUATIVO

La evaluada se presenta colaboradora y atenta durante la aplicación del test. Aborda los estímulos de manera ordenada, evidenciando adecuado control psicomotriz y coordinación visomotora acorde a su edad y nivel educativo. Su producción gráfica es clara, con trazos firmes y proporciones equilibradas, lo que sugiere estabilidad emocional y buen nivel de autocontrol. Se observa capacidad de planificación y adaptación a la consigna, así como una adecuada estructuración del espacio. No se evidencian indicadores de ansiedad significativa ni impulsividad marcada durante la ejecución de la prueba. En general, el desempeño refleja recursos personales adecuados para afrontar las demandas del entorno, con orientación a la realidad y funcionamiento psicomotriz conservado.



PAOLA VARGAS

TARJETA PROFESIONAL 129710

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT: 900858795
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com
Actividad Económica: 8621 **/ Tarifa Ica:** 9.66 Bogotá
Pertenecemos al RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN no efectuar Retención en la Fuente ni Retención de Ica



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 16,500

Fecha: 23/01/2026 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 1000019918 **Nombre:** TORRES SANABRIA LAURA NATHALY **Edad:** 23 AÑOS 3
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SENA
Eps: SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** INGRESO **F. Último Examen:** 15 DIAS
Lugar del Último Examen: BOGOTA **Motivo Consulta:** EXAMEN VISUAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	SENA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	8 HORAS
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	NO REFIERE
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/40	0.50M	NO APLIC.	NO APLICA	20/NO APL	NO APLIC.
O.I:	NO APLICA	20/40	0.50M	NO APLIC.	NO APLICA	20/NO APL	NO APLIC.
A.O:	NO APLICA	20/30	0.50M	NO APLIC.	NO APLICA	20/NO APL	NO APLIC.

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **NO APLICA**
OJO DERECHO: **NO APLICA**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **NEUTRO-1.00X0** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **NEUTRO-1.00X0** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NEUTRO-1.00X0** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **0.5** ADD NO APLICA
OJO DERECHO: **NEUTRO-1.00X0** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **0.5** ADD NO APLICA

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

EVALUACIONES ADICIONALES A LOS DIAGNÓSTICOS

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

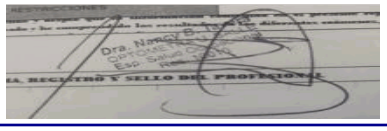
INCLUIR EN EL PVE VISUAL

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE CON RECOMENDACION DE CORRECCION PERMANENTE REFIERE TENER ANTEOJOS EN PROCESO DE ELABORACION

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: CC: 51848939 - NANCY BETTY TAVERA

R. M.: 51848939 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

G1507M3S16500

PACIENTE



Firma:

Nombre: TORRES SANABRIA LAURA NATHALY

CC: 1000019918

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT: 900858795
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com
Actividad Económica: 8621 **/ Tarifa Ica:** 9.66 Bogotá
Pertenecemos al RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN no efectuar Retención en la Fuente ni Retención de Ica



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.932

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SENA	SENA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
TORRES SANABRIA LAURA NATHALY	FEMENINO	23 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1000019918 (Número)

Cargo

INSTRUCTOR

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
N/A	TEMPORAL	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	CUADRO HEMATICO	✓
AUDIOMETRIA	✓	CARDIOVASCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	OSTEOMUSCULAR	✓
TEST PSICOLOGICO	✓	TEST SOCIAL	✓
GLICEMIA	✓	TEST PSICOMOTRIZ	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA (EL USO DE PRESCRIPCION OPTICA NO AFECTA EL DESEMPEÑO DE SU FUNCION)	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	OTROS : PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA, SIN RIESGO CARDIOVASCULARES, MANTENER UNA POSTURA ADECUADA Y UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, JUNTO CON UN CHEQUEO ANUAL EN SALUD OCUPACIONAL.	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA, SIN RIESGO CARDIOVASCULARES, MANTENER UNA POSTURA ADECUADA Y UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, JUNTO CON UN CHEQUEO ANUAL EN SALUD OCUPACIONAL.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico			Aspirante o Trabajador
Firma:	Dra. Olivia Fabiola Pico Perez NUIP 1.127.921.277 Médico Cirujano Especialista en seguridad y salud en el trabajo Resolución No. 21259 de 22/01/2025 Universidad Manuela Beltran		**Firma:**
Nombre:	CC: 1127921277 - OLIVIA PICO	**Código de Seguridad**	**Nombre:** TORRES SANABRIA LAURA NATHALY
R. M.:	1127921277 **L.S.O.:**	Y1507E1K27932	**CC:** 1000019918

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT: 900858795
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com
Actividad Económica: 8621 / **Tarifa Ica:** 9.66 Bogotá
Pertenecemos al RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN no efectuar Retención en la Fuente ni Retención de Ica

Código de Seguridad
M1507S33Y30107



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 30107

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 23 de enero de 2026 06:35:13 a.m.

Nombres y Apellidos: TORRES SANABRIA LAURA NATHALY **CC:** 1000019918 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 03/10/2002 **Edad:** 23 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Entidad:** SENA

RESULTADOS DEL LABORATORIO

INMUNOLOGÍA

GLICEMIA

BIOQUÍMICA

EXAMEN	RESULTADO (mg/dL)	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia en Ayunas *Método: Hexoquinasa*	70.6 mg/dL	70 – 110 mg/dL

Laura Sofia Arias Monroy
CC: 1016712360
Bacteriólogo(a) RP: 1016712360

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT: 900858795
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 Teléfono: 3214529637
Barrio Andes 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com
Actividad Económica: 8621 / Tarifa Ica: 9.66 Bogotá
Pertenecemos al RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN no efectuar Retención en la Fuente ni Retención de Ica

Código de Seguridad
M1507S33Y30107



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 30107

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Fecha y Hora: viernes, 23 de enero de 2026 06:35:13 a.m.

Nombres y Apellidos: TORRES SANABRIA LAURA NATHALY CC: 1000019918 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 03/10/2002 Edad: 23 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS Entidad: SENA

CUADRO HEMATICO

CUADRO HEMÁTICO

CUADRO HEMÁTICO			
ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA
PARÁMETRO ERITROCITARIO			
ERITROCITOS	4.44	x10^6 /uL	4.60-6.20
HEMOGLOBINA	13.3	g/dL	12.0-18.0
HEMATOCRITO	40	%	36.0-54.0
VCM	90.0	fL	80.0-100.0
HCM	30.0	pg	26.0-35.0
CHCM	33.3	g/dL	33.0-37.0
PARÁMETRO LEUCOCITARIO			
LEUCOCITOS	6.6	x10^3 /uL	4.5-11.0
RECUENTO DIFERENCIAL RELATIVO			
% NEUTRÓFILOS	56.0	%	35.0-70.0
% LINFOCITOS	37.0	%	20.0-45.0
% MONOCITOS	3.0	%	0.0-10.0
% EOSINÓFILOS	4.0	%	0.0-7.0
% BASÓFILOS	0.0	%	0.0-3.0
% CAYADOS	0.0	%	0
RECUENTO DIFERENCIAL ABSOLUTO			
# NEUTRÓFILOS	3.7	x10^3 /uL	1.9-8.0
# LINFOCITOS	2.4	x10^3 /uL	0.90-5.20
# MONOCITOS	0.2	x10^3 /uL	0.00-1.00
# EOSINÓFILOS	0.3	x10^3 /uL	0.00-0.70
# BASÓFILOS	0.0	x10^3 /uL	0.0-0.30
PARÁMETRO PLAQUETARIO			
PLAQUETAS	289.8	x10^3 /uL	150-450
OBSERVACIONES	LÍNEAS CELULARES NORMALES EN NÚMERO Y MORFOLOGÍA		

Método: Cuadro hemático manual

* VCM: Volumen Corpuscular Medio
* HCM: Hemoglobina Corpuscular Media
* CHCM: Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media

Laura Sofia Arias Monroy
CC: 1016712360
Bacteriólogo(a) RP: 1016712360

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT: 900858795
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 **Teléfono:** 3214529637
Barrio Andes 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com
Actividad Económica: 8621 / **Tarifa Ica:** 9.66 Bogotá
Pertenecemos al RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN no efectuar Retención en la Fuente ni Retención de Ica

Código de Seguridad
M1507S33Y30107



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 30107

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 23 de enero de 2026 06:35:13 a.m.

Nombres y Apellidos: TORRES SANABRIA LAURA NATHALY **CC:** 1000019918 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 03/10/2002 **Edad:** 23 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Entidad:** SENA

PERFIL LIPIDICO

BIOQUÍMICA

EXAMEN	RESULTADO (mg/dL)	VALORES DE REFERENCIA
Colesterol Total *Método: Colorimétrico*	171 mg/dL	Aconsejable: Menor de 200 mg/dL Riesgo Moderado: 200 -239 mg/dL Alto: Mayor o igual a 240 mg/dL Muy alto: Mayor o igual a 500 mg/dL
Triglicéridos *Método: Colorimétrico*	82 mg/dL	Normal: Menor de 150 mg/dL Límite alto: 150 – 199 mg/dL Alto: 200 – 499 mg/dL Muy alto: > 500 mg/dL

Laura Sofia Arias Monroy
CC: 1016712360
Bacteriólogo(a) RP: 1016712360