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	**41223-519925**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KAREN JULIETH MONTAÑO LEON	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.022.923.752	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	juliethmontano868@gmail.com	**Número de Cuenta:**	24115729634
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:	9085936/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**23626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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 para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 49.743.718
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.006.221

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		----------	**00000000**	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%	$ 37.927.505	$ 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

Elaborar, actualizar, hacer seguimiento y entregar los planes asociados al proceso (mejoramiento,acompañamiento, permanencia u otro)

Participar en actividades de monitoreo y evaluación definidas para el contrato

Garantizar el uso adecuado de los ambientes de formación y los recursos asignados para la ejecución del contrato.

Elaborar y remitir informes periódicos sobre el avance y resultados de las actividades contratadas, con evidencias.

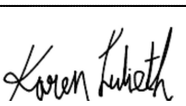
Apoyar actividades de divulgación y promoción de programas y servicios definidos en el contrato.

Apoyar actividades de divulgación y promoción de programas y servicios definidos en el contrato.

Asistir a las reuniones técnicas y comités que sean convocados para verificación de productos y seguimiento contractual

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



KAREN JULIETH MONTAÑO LEON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

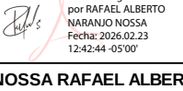
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

22/02/26 11:41:11 USUARIO: SIC - C.C. 1022923752

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

063271685

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante ☐ C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Montaño (Primer Apellido)	Lara (Segundo Apellido)	Karen (Primer Nombre)	Juliet (Segundo Nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1072913752	Femenino X Masculino ☐	Femenino X Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogotá	Colombia	Cundinamarca		D D M M A A A A: 04

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
	Mingua	SI ☐ NO X		SI ☐ NO X	Nivel 17 Grupo C	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
	Porvenir	1.750.905	

26. Residencia				
Cll 69 G Bis # 11 - 16	7642360	3102270486	Julietmontano668@gmail.com	
Cundinamarca. (Departamento)	Municipio / Distrito	Usme (Localidad / Comuna)	Cabecera Municipal X Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ (Zona)	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. INCAPACIDAD PERMAMENTE	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

DAS16601
Famisanar
23 FEB 2026
CONSULTOR INTEGRAL

Vigilado Supersalud

24/12/2024 V3
dispapeles 40329

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Scanned with CamScanner

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Karen Juliet Martinez Leon	CC	1022423952	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Cll 69 g sur # 11-16	3102709886	Juliethmartinez2288@gmail.com		Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 15. Traslado: A Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria ☐

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D D M M A A A A	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
☐ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
☐ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
☑ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Karen Juliet Martinez

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS ☐

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la uniónmarital. ☐
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres ☐
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. ☐
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐ Código del departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPOINSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	Independiente

Vigilado Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

24/12/2024 V3

dispapeles

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Scanned with CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

KAREN JULIETH MONTAÑO LEON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.923.752**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

KAREN JULIETH MONTAÑO LEON identificado con CC. 1022923752 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**	2026/12/15
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 22 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: **CC22022026K1022923752M10370549.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141230035066

(415)7707212489984(8020) **000014123003506 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 9 2 3 7 5 2	2	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 2 2 9 2 3 7 5 2	

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
MONTAÑO	LEON	KAREN	JULIETH

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: CL 69 G SUR 11 16

42. Correo electrónico: juliethmontano868@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

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	4	9																								

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 MONTAÑO LEON KAREN JULIETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) KAREN JULIETH MONTAÑO LEON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022923752 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 Sr(a) KAREN JULIETH MONTAÑO LEON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022923752 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 KAREN JULIETH MONTAÑO LEON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022923752 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 -

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com

Código de Seguridad
K1261Q33W4203



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 42031

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Fecha y Hora: viernes, 7 de marzo de 2025 09:53:49 a.m.

Nombres y Apellidos: MONTAÑO LEON KAREN JULIETH CC: 1022923752 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 03/03/2004 Edad: 21 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

INMUNOLOGÍA

GLICEMIA-GLUCOSA EN SANGRE

Q	QUIMICA SANGUINEA	Resultado	Unidades	Referencia	Técnica
Q	Glicemia Pre Prandial	75.2	mg/dL	60-110	Enzimática colorimétrica

Ana Marcela Calderon Suarez
Bacteriólogo(a) RP: 52316525

TRIGLICÉRIDOS

Q	QUIMICA SANGUINEA	Resultado	Unidades	Referencia	Técnica
Q	Triglicéridos	86.1	mg/dL	Menor de 150	Enzimática colorimétrica

Ana Marcela Calderon Suarez
Bacteriólogo(a) RP: 52316525

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com

Código de Seguridad
K1261Q33W4203



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 42031

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Fecha y Hora: viernes, 7 de marzo de 2025 09:53:49 a.m.

Nombres y Apellidos: MONTAÑO LEON KAREN JULIETH CC: 1022923752 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 03/03/2004 Edad: 21 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

QUÍMICA

COLESTEROL TOTAL

QUIMICA SANGUINEA	Resultado	Unidades	Referencia	Técnica
Colesterol Total	166.9	mg/dL	Menor de 200	Enzimática colorimétrica

Ana Marcela Calderon Suarez
Bacteriólogo(a) RP: 52316525

COLESTEROL DIFERENCIAL

PERFIL LIPIDICO

QUIMICA SANGUINEA	Resultado	Unidades	Referencia	Técnica
Colesterol Total	166,9	mg/dL	Menor de 200	Enzimática colorimétrica
Triglicéridos	86,1	mg/dL	Menor de 150	Enzimática colorimétrica
Colesterol HDL	58,1	mg/dL	H: Riesgo Bajo mayor de 55 Riesgo Moderado 40-55 Riego Alto Menor de 50 M: Riesgo Bajo mayor de 65 Riesgo Moderado 45-65 Riego Alto Menor de 45	Directo
Colesterol LDL	91,6	mg/dL	Menor de 129	Cálculo
Colesterol VLDL	17,2	mg/dL	2-30	Cálculo
Índice arterial	2,9		Menor de 5	Cálculo

Ana Marcela Calderon Suarez
Bacteriólogo(a) RP: 52316525

HISTORIA PSICOLOGICA

Nombre completo del paciente		Karen Julieth Montaño León	
Documento	1022923752	Edad	21 años
Dirección Domicilio	Cll 69G Sur No 11-16	Número de contacto	3102270986
Estudios Realizados	universitario	Lugar de procedencia	Bogotá
Ocupación	Instructora	Estado civil	soltera
Religión		Genero	femenino

MOTIVO DE CONSULTA

Siendo el día 7 de marzo 2025, a las 10:30, se recibe en el consultorio de Asesorias Profesionales en Psicología, a la paciente Karen Julieth Montaño León, caminando por sus propios medios, alerta, orientada, con adecuado porte y actitud, informa su interés en recibir acompañamiento y orientación psicodiagnóstico, con el fin de dar respuesta a solicitud de la empresa, en su proceso de contratación, evaluación médica ocupacional.

Se brinda a la paciente la orientación necesaria, para desarrollar adecuadamente el proceso de valoración Psicosocial, por medio de la herramienta Valanti, la cual evalúa un amplio espectro de valores y antivalores, con el fin de obtener información que permita apreciar preferencias valorales de la persona, que apoya su capacidad social y emocional en el entorno en el cual se rodea.

ESTADO MENTAL

Se evidencia la paciente Karen Julieth Montaño León, tranquila, alerta orientada en espacio y tiempo, con adecuado proceso de comunicación acorde con la realidad, sus relatos son coherentes, fluidos, secuenciales y coherentes sin aparente alteración, sin alucinaciones ni delirio.

En el desarrollo de la entrevista no se identifican posibles alteraciones cognitivas que sugieran proceso patológico, ni que alteren su capacidad de respuesta y análisis frente a las decisiones que toma.

ANTECEDENTES PERSONALES

De acuerdo a lo informado por la paciente Karen Julieth Montaño León, no presenta antecedentes médicos, sin tratamientos medico farmacológico, su higiene del sueño es adecuado, hábitos alimenticios son adecuados.

DESARROLLO DEL PROCESO DE EVALUACION

DESCRIPCION Y ANALISIS	
Se realiza acompañamiento con la paciente Karen Julieth Montaño León, con el fin de obtener información que permita analizar las diferentes conductas prioritarias que desarrolla la paciente y el juicio ante una situación que se le plantea desde el deber ser.	
AREAS DE LA PERSONALIDAD	
INTELECTUAL	**Valor :Verdad**
	El nivel intelectual de la personalidad hace referencia aquella instancia que promueve el uso de las funciones del pensamiento, como análisis, creatividad y descernimiento
FISICA	**Valor: Rectitud**
	El nivel físico de la personalidad tiene que ver con aquella instancia de la persona que la lleva a realizar, a poner en practica lo que piensa o siente
EMOCIONAL	**Valor: Paz**
	El nivel emocional de la personalidad se relaciona con el manejo de los sentimientos, las sensaciones personales, ira y paz interior
PSIQUICA	**Valor: Amor**
	el nivel afectivo de la personalidad hace referencia a la capacidad que tiene la persona de integrarse en el medio social, de esta forma su toma de decisiones puede incidir de la misma forma con las personas que lo rodea.
ESPIRITUAL	Valor: No violencia
	El nivel espiritual de la personalidad se relaciona con la visión y aceptación del otro y de su entorno social
PUNTUACION E INTERPRETACION	
De acuerdo a los resultados obtenidos por la paciente Karen Julieth Montaño León se determina la información descrita a continuación:	

VALANTI: introduzca los datos del lado izquierdo

			VALORES	ESPERADOS	Karen Juliet Montaño Le	Distancia	AJUSTE CON VALORES EMPRESARIALES
2	1						
2	1						
	3	0					
2	1		**VERDAD**	80	51	-29	**Valor Verdad intermedio**
1	2		**RECTITUD**	60	52	-8	**Valores intermedios de rectitud, responsabilidad promedio**
1	2		**PAZ**	50	43	7	**Baja paz, buen indicador de ética**
1	2		**AMOR**	70	45	-25	**La relación con los demás, el dar y recibir no es valorado mucho**
1	2		**NO VIOLENCIA**	50	55	5	**Valores intermedios espirituales, perfil ético promedio**
1	2						
2	1		**PERFIL DE COMPETENCIAS ETICAS 16PF+VALANTI (CONFIDENCIAL)**				
1	2		**Factores deseados, en orden de importancia**				**Interpretación de los resultados de Karen Julieth Montaño León**
0	3		**G+ NORMATIVIDAD**				**En ocasiones es despreocupado y en otras cumple con las normas**
0	3		**B+ INTELIGENCIA**				**Su pensamiento concreto le dificulta mucho interpretar las normas.**
0	3		**Q4- TRANQUILIDAD**				**Tiende a ser relajado, tranquilo, pocas ambiciones para progresar, pero con calma interior que predice buena ética**
1	2		**VALANTI - RECTITUD ALTO**				**Valores intermedios de rectitud, responsabilidad promedio**
2	1		**VALANTI - PAZ BAJO**				**Baja paz, buen indicador de ética**
2	1		**H+ ESPONTANEIDAD**				En pocas ocasiones se dispersa en la tarea. Algo tímido, algo limitado socialmente
3	0		**O- BAJO DOLOR PSICOLOGICO**				Tiende a no sufrir por las faltas, con pocas tensiones ni culpas, trabaja bien
0	3		**A+ AFECTIVIDAD**				En ocasiones es algo reservado y en otras es abierto y afable. Perfil ético social intermedio
0	3		**C+ AUTOESTIMA, INTERNALISMO**				Su estabilidad emocional le ayuda a reconocer, aceptar y solucionar la mayoría de problemas morales. Internalista
1	2		**Q2- ADHESION AL GRUPO**				Es muy autosuficiente, lo que lo puede desviar éticamente al apartarse del grupo.
1	2		VALANTI - NO VIOLENCIA ALTO				Valores intermedios espirituales, perfil ético promedio
3	0		Q3+ PERFECCIONISMO				Tiende a ser controlado, se exige fuerza de voluntad, socialmente preciso, revisa constantemente que su conducta sea correcta; tiende a ser perfeccionista.
0	3		L- CONFIANZA EN LOS DEMAS				Muy confiado, comprensivo y permisivo, tolerante. Débil para corregir a las personas, conciliatorio, cree en todos. Buena ética social
0	3		Q1- PENSAMIENTO CONSERVADOR				Tiende a ser tradicionalista, respeta las ideas establecidas, tolerante de las dificultades.
3	0		N+ DIPLOMACIA				Muestra equilibrio entre sinceridad y diplomacia
3	0		E+ DOMINANCIA				Tiende a ser obediente, manejado con facilidad, dócil, servicial. Sumiso, puede seguir normas inéticas
1	2		I- RACIONALIDAD				Es objetivo, muy poco empático. Realista, rechaza ilusiones. No es sentimental, espera poco
3	0		VALANTI - VERDAD ALTO				Valor Verdad intermedio
3	0		M- PRACTICIDAD				Muestra equilibrio entre ser soñador y ser práctico.

ANALISIS DEL PROCESO

RECURSOS INTELECTUALES

La paciente Karen Julieth Montaño León, es flexible a cambios repentinos que se produzca, siempre esta alerta ante las dificultades que se presenten. integra fácilmente su realidad con sus metas.

CONDICIONES EMOCIONALES

Se relaciona adecuadamente con su entorno, le gusta sentirse protegida, es independiente al juicio que determinen las personas que le rodea. expone sus pensamientos de forma asertiva muestra identificación de herramientas, que le permiten de forma adecuada manejar sus miedos, angustias e inseguridades, Posee alto sentido de responsabilidad demostrando ser una persona honesta en las tareas que le son asignadas, es una figura positiva y pasiva dentro de la institución.

DISTURBIOS AFECTIVOS - EMOCIONALES Y/U ORGANICOS

No se evidencian manifestaciones clínicas, que afecten su pensamiento y juicio de raciocinio, como posible manifestación clínica de alteración en sus funciones nerviosas, ni procesos psicóticos que impidan el adecuado proceso mental, de igual forma no se evidencian posibles trastornos que afecte el desarrollo de sus actividades.

CASIFICACION DE FORTALEZAS

De acuerdo al resultado, la paciente Karen Julieth Montaño León se encuentra emocionalmente estable, con adecuadas habilidades sociales y de comunicación, es una persona comprometida, se interesa en cumplir con sus ac tividades de forma correcta.

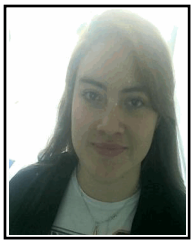
CONCLUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos por la paciente Karen Julieth Montaño León, se describe como una persona con alto sentido de compromiso, persiste diariamente en lograr alcanzar su proyecto de vida. Es una persona comprometida con su labor ya que la realiza con compromiso, pensando siempre en que es su medio para lograr sus objetivos a corto y largo plazo.

Bajo estas condiciones, certifico que la paciente Karen Julieth Montaño León, se encuentra en adecuadas condiciones mentales, que facilita el desarrollo de las actividades laborales que le sean asignadas al cargo de instructora.

Angela Chaves
TP 165206
CC 52956720
Gerente Psicología Familiar
Dirección Cra 21 SUR No 24-80
CEL. 3505839441
gerencia@psicologiafamiliar.com.co

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 1,708

Fecha: 07/03/2025 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 1022923752 **Nombre:** MONTAÑO LEON KAREN JULIETH **Edad:** 21 AÑOS 0
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SENA
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS **F. Último Examen:** 15/07/2024
Lugar del Último Examen: IPS **Motivo Consulta:** EXAMEN OCUPACIONAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	NO
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PROLONGADO
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	NO APLICA
USA ANTEOJOS	SI - DE PROTECCIÓN

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	20/20	0.75M	-	NO TIENE	20/-	-
O.I:	NO APLICA	20/20	0.75M	-	-	20/-	-
A.O:	NO APLICA	20/20	0.75M	-	-	20/-	-

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SIN ALTERACIÓN APARENTE.**
OJO IZQUIERDO: **SIN ALTERACIÓN APARENTE.**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **-**
VISIÓN PROXIMA: **-**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **-**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **-**

OFTALMOSCOPÍA

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

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **-**
OJO DERECHO: **-**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **-** AV VL 20/ **-**
OJO IZQUIERDO: **-** AV VL 20/ **-**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **-** AV VL 20/ **-** AV VP 20/ **-** ADD -
OJO DERECHO: **-** AV VL 20/ **-** AV VP 20/ **-** ADD -

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **TRICROMATA**

OJO IZQUIERDO: **TRICROMATA**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **100 SEGUNDOS DE ARCO/AV ESTEREOSCÓPICA MEDIA**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

1. PACIENTE NO REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA.
2. SE DAN PAUTAS DE HIGIENE VISUAL TERAPIA 20/20/20 (POR 20MN QUE SE ENCUENTRE MIRANDO EN VISIÓN PRÓXIMA “CERCA” MIRE 20SEG DE LEJOS FIJANDO UN PUNTO A 20 PIES “6 METROS”.
3. CONTROL 1 AÑO.

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: EXTERNO OPTOMETRA

R. M.: 900171517 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

N1261T3Z1708

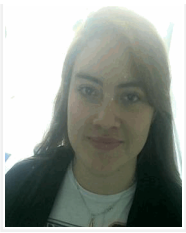
PACIENTE

Firma:

Nombre: MONTAÑO LEON KAREN JULIETH

CC: 1022923752

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 1987**

Fecha: 07/03/2025 **Ciudad:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS **Eps:**
CC: 1022923752 **Nombre:** MONTAÑO LEON KAREN JULIETH **Edad:** 21 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 03/03/2004 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

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

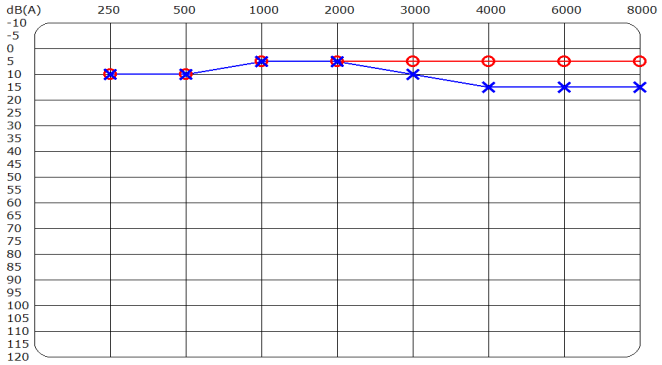
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 5 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AUDIOMETRO MAICO **F. Ultima Calibración:** 2024-04-27

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: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	10	5	5	5	5	5	5
VAOI	10	10	5	5	10	15	15	15

PTA Oido derecho: 6.25 **PTA Oido izquierdo:** 7.50

SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL EN PARÁMETROS DE NORMALIDAD. CONTROL ANUAL. PAUSAS AUDITIVAS DURANTE JORNADA LABORAL DE 5 A 20 MINUTOS CADA 2 HORAS. PAUTAS DE HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO. EVITAR USO DE REPRODUCTORES MUSICALES.

FONOAUDIÓLOGO

Deisy Katherine Vargas U.
Fonoaudióloga - UMB
Esp en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
L.S.O 11677/21 - R.P 1033776749

Firma:
Nombre: VARGAS URREGO DEISY KATHERINE
R. M.: 1033776749 **L.S.O.:** 11677/21

Código de Seguridad
B1261H2N1987

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: MONTAÑO LEON KAREN JULIETH
CC 1022923752

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS

Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.592

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	03 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS

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

PARTICULARES CONTADO	SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MONTAÑO LEON KAREN JULIETH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	21 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC	1022923752
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA-GLUCOSA EN SANGRE	✓
AUDIOMETRÍA	✓	TRIGLICÉRIDOS	✓
OPTOMETRÍA	✓	PARACLINICOS	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	COLESTEROL DIFERENCIAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL NUTRICIONAL POR EPS. EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y PERFIL PSICOSOCIAL.

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

Dr. Jim Roger Sánchez B.
Esp. Salud Ocupacional
L.S.O. 26/2019
R.M. 253781/03
DTO. SALUD OCUPACIONAL

Firma:

Nombre: SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER

R. M.: 253781/03 L.S.O.: 026/2019

Código de Seguridad
T1261Z1F9592

Aspirante o Trabajador

Firma: Karen Juliett Montaño León

Nombre: MONTAÑO LEON KAREN JULIETH

CC: 1022923752

Scanned with CamScanner

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

KAREN JULIETH MONTAnO LEON Identificado con CC 1022923752

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

Cuentamiga

Número:	24115729634
Fecha de apertura:	22 de Julio de 2022
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 , 22 de Febrero de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social