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	**64232-982591**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.031.131.383	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	karenvasquez9105@gmail.com	**Número de Cuenta:**	488415945390
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9208385/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**41326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

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:**	$ 24.634.997
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 19.897.500

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	**$ 2.695.947**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.695.947,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 9.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ 119.800		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 898.000			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

Orientar Formación Complementaria: "Comportamiento Emprendedor".

Elaborar presentaciones ppt.

Participar en la actualización de la Guía de Aprendizaje del programa comportamiento emprendedor.

Verificar la información de los aprendices de los cursos de Formación Complementaria.

Registrar información de aspirantes a cursos de Formación Complementaria.

Solicitar autorización a los aprendices para el tratamiento de los datos que suministran.

Participar en las reuniones convocadas por el Líder de Formación Complementaria

Aplicar herramientas interactivas en el proceso de formación.

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 ANDREA VASQUEZ CHAPARRO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

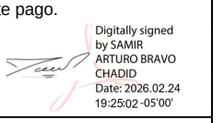
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

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)

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Karen Andrea Vasquez Chaparro, identificado(a) con CC número 1031131383, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1031131383
NOMBRES Y APELLIDOS	Karen Andrea Vasquez Chaparro
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	05/03/1991
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	18/01/2010
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	241 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	20/10/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 899999061 BOGOTA DISTRITO CAPITAL Desde 23/03/2023 - Vigente

Generado por interfaces 20/02/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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 ANDREA VASQUEZ CHAPARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.131.383**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Febrero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO identificado con CC. 1031131383 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**	2026/07/06
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 19 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: **CC19022026K1031131383V10048936.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 V_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141231413583

(415)7707212489984(8020) **000014123141358 3**

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

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
VASQUEZ	CHAPARRO	KAREN	ANDREA

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 54 A SUR 37 A 11 CONJ PORTAL DE SANTAFE IV TO 6 AP 201

42. Correo electrónico: kareny9105@hotmail.com

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

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
7 4 9 0	2 0 2 1 0 8 2 3	8 5 4 1	2 0 2 1 0 1 1 5	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: Karen A Vasquez Ch

984. Nombre VASQUEZ CHAPARRO KAREN ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **23/01/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1031131383**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488415945390**
Fecha de apertura	**03/09/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1031131383 realizó el día 17/02/2026 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 ANDREA VASQUEZ CHAPARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1031131383 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) KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1031131383 el día 17/02/2026 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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	1016835777	isabela sandoval vasquez	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO
C.C. 1031131383

1259198

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1016835777

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39240647

39240647

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 29 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 5 7 92

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANDOVAL	VASQUEZ

Nombre(s)

ISABELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes SEP Día 14	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12451556-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VASQUEZ CHAPARRO KAREN ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1031131383 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANDOVAL RODRIGUEZ ALVARO ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80727902 de BOGOTA D.E.-	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANDOVAL RODRIGUEZ ALVARO ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80727902 de BOGOTA D.E.-	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2013 Mes OCT Día 10

LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO

ALVARO ENRIQUE SANDOVAL RODRIG

LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO LIBRO DE VARIOS 110 FOLIO 58. HOY [illegible]
LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO - NOTARIO 29 (E)

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN NUESTROS ARCHIVOS QUE EXPIDO EN BOGOTA D.C.

29 NOTARIA

30 OCT 2013

LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO
NOTARIO DELEGADO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Re

EPS Sanitas

Plan Premium

Nombre y Apellido

ISABELA SANDOVAL VASQUEZ

Contrato
318740679

Inicio vigencia
01/01/2026

Documento
TI 1016835777

Fecha nacimiento
14/09/2013

EPS Sanitas

Plan Premium

En caso de requerir algún servicio, comuníquese con nuestra línea única de atención para usuarios **Plan Premium** en **Bogotá** (601) 3759393, **Barranquilla** (605) 3226888, **Bucaramanga** (607) 6852985, **Cali** (602) 3989340, **Medellín** (604) 5908383, **Cartagena** (605) 6545754, **Villavicencio, Neiva, Ibagué y Tunja** (608) 6611838, desde celular marcar **#936** y para el resto del país comunicarse al 018000957010.

Si usted encuentra este carné, por favor devuélvalo a la oficina de EPS Sanitas más cercana.

Vigilado Supersalud

EPS Sanitas

Plan Premium

Nombre y Apellido

KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO

Contrato
318740679

Inicio vigencia
01/01/2026

Documento
CC 1031131383

Fecha nacimiento
05/03/1991

EPS Sanitas

Plan Premium

En caso de requerir algún servicio, comuníquese con nuestra línea única de atención para usuarios **Plan Premium** en **Bogotá** (601) 3759393, **Barranquilla** (605) 3226888, **Bucaramanga** (607) 6852985, **Cali** (602) 3989340, **Medellín** (604) 5908383, **Cartagena** (605) 6545754, **Villavicencio, Neiva, Ibagué y Tunja** (608) 6611838, desde celular marcar **#936** y para el resto del país comunicarse al 018000957010.

Si usted encuentra este carné, por favor devuélvalo a la oficina de EPS Sanitas más cercana.

Vigilado Supersalud

Comprobante de pago

Nombre del Beneficiario: KAREN VASQUEZ

Nombre del Pagador: KAREN VASQUEZ

Id Transacción: 7256773245

Fecha y hora de la transacción: 25/09/2025 06:35:13

Descripcion	Detalle
Servicio pagado	PLAN PREMIUM EPS SANITAS
Digite su referencia de pago	318620743
Valor de la compra	$ 212.398
Costo de la transacciã³n	$ 0
Medio de pago	PSE - DAVIVIENDA
Estado de la transacciã³n	APROBADA
No. de autorizaciãn:	1801084411

Cendiatra

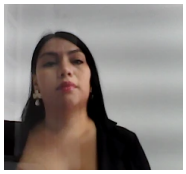
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:2039694 **EMAIL:**citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-23

Nombres y apellidos:KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO
Fecha de nacimiento:05/03/1991
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:ADMINISTRADORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1031131383
Edad:34 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-23 / 11:03:07
Fecha salida:2026-01-23 / 03:21:09
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



EXÁMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: REGIMEN NUTRICIONAL.

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. 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 PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.



JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
CC: 1020721952
RM: 14337
LIC-SST: 14337
Firma y sello del médico

KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO
CC: 1031131383
Firma del paciente

Cendiatra

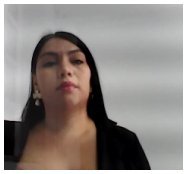
RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:2039694 **EMAIL:**citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-23

Nombres y apellidos:KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO
Fecha de nacimiento:05/03/1991
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:ADMINISTRADORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1031131383
Edad:34 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-23 / 11:03:07
Fecha salida:2026-01-23 / 03:21:09
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: REGIMEN NUTRICIONAL.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
CC: 1020721952
RM: 14337
LIC-SST: 14337
Firma y sello del médico

KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO
CC: 1031131383
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

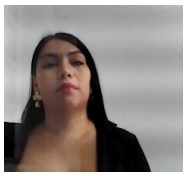
REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE:CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:2039694 **EMAIL:**citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-23

CC:1031131383
Nombres y apellidos:KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO
Fecha de nacimiento:05/03/1991
Edad:34 **Sexo:**FEMENINO **RH:**
Teléfono:0
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:ADMINISTRADORA
Fecha ingreso:23/01/2026
Fecha salida:23/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	84.2	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO
CARGAR ARCHIVO

Anggy Rivera
Bacterióloga UCMC
T.P. 1023931772

ANGGY CAROLINA RIVERA HERNANDEZ
RM: N/A
Firma y sello del médico