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	**14 de Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**40248-057286**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANA VITALIA FIGUEROA MELO	**Banco a consignar:**	SCOTIABANK COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	51.933.838	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	avfigueroa8@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4292001935
IP/Nº de contacto:	3143233558	**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:	9030567/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**30326**	**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	**01/03/2026 Al 31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.897.500
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.160.003

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	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6002162288**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 928.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.696.950,00**	

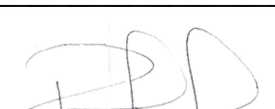
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables.
Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual,
Presentar y entregar los productos pactados en el contrato y/o en el plan de trabajo, incluyendo soportes de aprendizaje
Desarrollar acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente concertada
Aportar en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades y procesos vinculados al contrato, y remitir los informes
Registrar en Sofía Plus las novedades definidas para el proceso, garantizando oportunidad y consistencia en los datos de matrícula
Gestionar el registro de inasistencias y reportar los casos que correspondan (deserción, riesgo, situaciones de convivencia y otras.
Implementar estrategias de formación inclusiva, con enfoque diferencial, garantizando equidad y personalización en los procesos
Cumplir las disposiciones de protección de datos personales aplicables,de conformidad con el Acuerdo 009 de 2016 del SENA, la Ley 1581

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



ANA VITALIA FIGUEROA MELO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

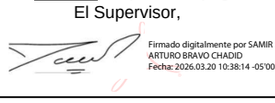
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51933838
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA VITALIA FIGUEROA MELO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 51 N 123 A 53 APT 303	TELÉFONO:	8009579
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**6002162288**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/02/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			49900398

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 336.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.000	$ 0	$ 336.000
SUBTOTALES:										**$ 336.000**	**$ 0**	**$ 336.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 262.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.500	$ 0	$ 0	$ 262.500
SUBTOTALES:													**$ 262.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 262.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.000	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 11.000
SUBTOTALES:									**$ 11.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 42.000	$ 0	$ 42.000
SUBTOTALES:			**$ 42.000**	**$ 0**	**$ 42.000**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 51933838	FIGUEROA MELO ANA VITALIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.900.000				NO									01-30								

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.100.000	$ 336.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 336.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.100.000	$ 262.500	$ 0	$ 262.500

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.100.000	51933838	$ 11.000

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 2.100.000	CCF24-COMPENSAR	$ 42.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 651.500**

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.	1000180589	Sara Sofía Ardila Figueroa	Hijo(a)

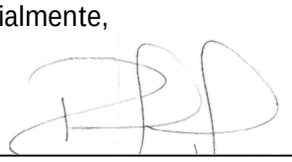
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,



ANA VITALIA FIGUEROA MELO
C.C. 51933838

CUDE: cc7895051d982e083a653242d49d1cec1f05abc805673d841aabd3b10630005e426b8cc98a006ac6bd64a610765ef4d6

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS
NIT 830113458 - 6
AC 100 11B 67 BOGOTA, BOGOTA D.C. Colombia PBX.6466060 Fax.
Gran Contribuyente de Bogotá Resolución N° DDI-023769 de 29 de Noviembre de 2021
Res Dian No.18764094183549 del 09-06-2025 Autoriza Factura Electrónica del
4326-32701 al 4326-39000 Vig.24 Meses
Codigo Actividad Económica 8543 - Tarifa ICA 9,66 x 1000
No somos Autorretenedores
Responsable de Iva - No somos grandes contribuyentes DIAN
Servicios excluidos del IVA, numeral 5 del artículo 476 del E.T.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	FECHA DE GENERACION	HORA
	15-12-2025	09:18:29
4326-37963	FECHA DE EXPEDICIÓN	HORA
	15-12-2025	09:18:37

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 774 DEL CODIGO DE COMERCIO

SEÑORES **SARA SOFÍA ARDILA FIGUEROA**

CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
Credito	Contado	DD	MM	AAAA
	X			

Documento de Identificacion
Tipo **C.E** No **1000180589**

MEDIO DE PAGO	PAGAR ANTES DE		
	15	12	2025
No DE ORDEN DE COMPRA	DD	MM	AAAA
1 92864			

Dirección / Sucursal: **Cr. 51#123a-53 apto 303, barrio Batán**
Ciudad: **Bogotá D.C.**
Teléfono:

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VR.TOTAL
103	1-103_MATRICULA PREGRADO PSICOLOGIA	EA	1	$6,818,900.00	0.00	0	$0.00	$6,818,900.00

Observaciones : PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026

Total de ítems: 1

TOTAL BRUTO	**$ 6,818,900.00**
ANTICIPO	**$ 0.00**
DESCUENTOS	**$ 1,022,835.00**
SUBTOTAL	**$ 5,796,065.00**
IVA TOTAL	**$ 0.00**
TOTAL A PAGAR	**$ 5,796,065.00**

SON : CINCO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SESENTA Y CINCO PESOS***

Si esta factura no es pagada dentro del plazo fijado, causara interes de mora a la tasa maxima legal vigente permitida

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por:SINU_CARTERA		Firma: _____
		Nombre: _____
Firma: _____		No documento de identidad: _____
Nombre: _____	_____	Fecha de Recibido (dd/mm/aa): _____

Proveedor Tecnológico: Transfiriendo S.A / Software iFactura / Nit: 900032159-4

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.180.589

ARDILA FIGUEROA

APELLIDOS

SARA SOFIA

NOMBRES

Sara Ardila

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-MAY-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01077727-F-1000180589-20190626 **00656**04653A 1 1975479046

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1.000.180.589

NUIP A2J-0250.667

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33218184

33218184

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 63 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1073

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARDILA	FIGUEROA

Nombre(s)

SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes 04 Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 3091609

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FIGUEROA MELO ANA VITALIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 51.933.838 DE BOGOTA D.E.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTA D.E.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTA D.E.	Y CARLOS FRANCISCO ARDILA

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 2001 Mes 05 Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Y CARLOS FRANCISCO ARDILA
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

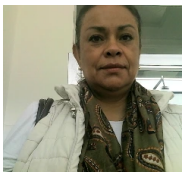
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 | **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-01-23

Nombres y apellidos: ANA VITALIA FIGUEROA MELO
Fecha de nacimiento: 27/01/1969
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONSTRATISTA

CC: 51933838
Edad: 56 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-01-23 / 10:13:14
Fecha salida: 2025-01-23 / 10:13:31



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ENFASIS CARDIOVASCULAR
- PSICOMETRICO
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL , USO DE CORRECCION OPTICA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Diana Fernanda Mendoza
Medico
Esp. Gerencia de la seguridad y Salud en el Trabajo
RM 1.049.626.848
Lic. 542/2022

DIANA FERNANDA MENDOZA GALINDO
RM: 1049626848
Firma y sello del médico

ANA VITALIA FIGUEROA MELO
CC: 51933838
Firma del paciente

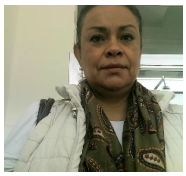
RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 | **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-01-23

Nombres y apellidos: ANA VITALIA FIGUEROA MELO
Fecha de nacimiento: 27/01/1969
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONSTRATISTA

CC: 51933838
Edad: 56 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-01-23 / 10:13:14
Fecha salida: 2025-01-23 / 10:13:31



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

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL , USO DE CORRECCION OPTICA



DIANA FERNANDA MENDOZA GALINDO
RM: 1049626848
Firma y sello del médico

ANA VITALIA FIGUEROA MELO
CC: 51933838
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-06

CC:51933838
Nombres y apellidos:ANA VITALIA FIGUEROA MELO
Fecha de nacimiento:27/01/1969
Edad:56 **Sexo:**FEMENINO **RH:**O +
Teléfono:3143233558
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:COLPENSIONES

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA
Fecha ingreso:06/01/2026
Fecha salida:06/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	88	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO
CARGAR ARCHIVO

Karin Mercedes Rodríguez Sánchez
Bacterióloga
T.p 1026598593

KARIN MERCEDES RODRIGUEZ SANCHEZ
RM: N/A
Firma y sello del médico