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	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**82131-171090**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	43.577.828	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	elviameva@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	24720977598
IP/Nº de contacto:	3125264158	**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**	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:	8977918/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**31126**	**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	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.422.506

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**73771607**
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.	$ 1.856.000		
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

Planear, ejecutar y evaluar la formación presencial y/o combinada.

Realizar al proceso de certificación de competencias, según normas relacionadas con la función del Instructor.

Gestionar documentos requeridos en los procesos administrativos a partir de los requerimientos.

Orientar, acompañar y asesorar de forma permanente a los aprendices durante el proceso formativo.

Elaborar y/o actualizar material didáctico para las competencias programadas según las necesidades.

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

ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

Firmado digitalmente por SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
Fecha: 2026.04.20 16:55:48 -05'00'

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)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	43577828	ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA	Carrera 37B No, 4_75 Edificio 14 Apartamento	7731761	elviameva@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73771607	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$550.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.300	0	0	0	0	0	0		303.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.300	303.300
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	550.100	550.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	43577828	ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA	Carrera 37B No, 4_75 Edificio 14 Apartamento	7731761	elviameva@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73771607	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$550.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 43577828	MEDINA VALENCIA ELVIA MARIA	59	0			N								X									25-14	1.895.005	30	303.300	0	0	0	0	EPS005	1.895.005	30	236.900	14-23	1.895.005	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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.	1014736507	ANDRES FELIPE CARO MEDINA	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,



ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA
C.C. 43577828

Código de Verificación: **CSE761955539353**

EL JEFE DE LA OFICINA DE APOYO FINANCIERO Y EL DIRECTOR DE LA OFICINA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO

Certifican que el (la) estudiante **ANDRES FELIPE CARO MEDINA** identificado(a) con documento de identidad CC 1014736507**,** se encuentra matriculado(a) en la universidad para el Primer Período de 2026 que inicia actividades 2026-01-26 y termina el 2026-06-06.

Informe Académico del Tercer Período de 2025

Programa: Ciencia de Datos (SNIES 108890)
Nivel: Profesional
Modalidad de enseñanza: Presencial
Duración estimada del programa: 8 Semestres
Total créditos del programa: 134

Fecha de inicio del periodo: 2026-01-26
Fecha de finalización del periodo: 2026-06-06

Las clases inscritas para este periodo son las siguientes:

Asignatura	Créditos	Calificación Definitiva
Estructuras de Datos [Estructuras de Datos]	3	3.9
Análisis y diseño de software [Análisis y diseño de software]	3	4.4
Inglés 6 [Inglés 6]	3	4.4
Bases de datos: Teoría y aplicaciones [Bases de datos]	4	3.5

Promedio Ponderado de Periodo: **4.01**
Promedio Ponderado Acumulado: **3.57**
Total Créditos Cursados: **63**
Total Créditos Aprobados: **60**
Porcentaje de Cumplimiento Plan de Estudios: **44.77%**

Informe de Asignaturas inscritas para el Primer Período de 2026

Asignatura	Horas de trabajo académico	Créditos
Constitución Política [Constitución Política]	96	2
Teoría de la computación [Teoría de la	96	2

computación]

Administración [Administración]	144	3
Principios de desarrollo de software [Desarrollo de software]	144	3
Inferencia Estadística [Inferencia Estadística]	144	3
Introducción a la inteligencia artificial [Introducción a IA]	144	3
Macroeconomía [Macroeconomía]	144	3

Total créditos matriculados:	**19**
Total horas por semana:	**50.67**
Total semanas por periodo lectivo:	**18**
Total horas de trabajo académico:	**912**
Total créditos acumulados aprobados:	**60**
Total créditos acumulados cursados o convalidados:	**63**

El valor de la matrícula para el Primer Período de 2026 es de: **$15,161,000.00 (Quince Millones Ciento Sesenta Y Un Mil pesos M/cte)**. Este comprende únicamente el valor de los servicios educativos. Para personas que han sido admitidas por primera vez a un programa académico conducente a título universitario, los derechos de matrícula comprenden también el valor del carné estudiantil. No forman parte de los derechos de matrícula los intereses pagados cuando se ha suscrito un acuerdo de pago con la Universidad, ni conceptos adicionales como libros, fotocopias, alimentación, transporte, entre otros. En caso de realizar el pago mediante transferencia electrónica los datos de la cuenta son los siguientes:

Banco:	Banco Bogota Miami
Dirección:	701 Brickell Ave, Suite 1450 Miami, FL 33131, USA
Teléfono:	(Dentro de USA 305 371-4201 x 604) en (Colombia 01-8000-116062)
ABA:	066010720
Swift Code:	BBOGUS3M
Cuenta:	73510
Beneficiario:	Pontificia Universidad Javeriana

La jornada académica del programa es única y la duración estimada es de 8 Semestres que pueden ser cursados de manera semestral, sin embargo, el estudiante podrá adelantar estudios en el segundo o cuarto periodo del año que tienen una duración de 4 semanas.

Expedido en Bogotá, 17 de febrero de 2026 a las 18:46:02 PM

Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá

CARLOS FRANCISCO ANGARITA CAMARGO

JOSÉ FERNANDO MURILLO ZULUAGA

(*) Le informamos que la Universidad no expide certificaciones que indiquen la jornada de un programa académico o la ubicación semestral del estudiante, pues de acuerdo con el Decreto 1075 de 2015, con el fin de flexibilizar la movilidad y autonomía de los estudiantes se rompe con el esquema de jornada y los programas académicos deben configurar sus planes de estudios bajo el sistema de créditos académicos, razón por la cual los programas académicos tienen registro único ante el Ministerio de Educación Nacional en el cual no se especifica horario, y no existen rutas de aprendizaje con ubicación semestral de asignaturas.

**Para personas que han sido admitidas por primera vez a un programa académico conducente a título universitario, los derechos de matrícula comprenden también el valor del carné estudiantil. No forman parte de los derechos de matrícula los intereses pagados cuando se ha suscrito un acuerdo de pago con la Universidad, ni conceptos adicionales como libros, fotocopias, alimentación, transporte, entre otros.

El presente certificado ha sido generado y firmado de forma electrónica, cuenta con el aval del Director de Admisiones y Registro Académico de la Pontificia Universidad Javeriana y tiene la misma validez que los certificados emitidos directamente por la Universidad.
Para efectos de admisibilidad y fuerza probatoria según lo dispuesto en la ley 527 de 1999, el interesado puede probar la validez del mismo a través de la página web de la Universidad en la siguiente ruta Servicios > Verificación de Certificados Digitales, usando el código de verificación ubicado en la parte superior derecha del mismo.
La coincidencia entre la información desplegada en pantalla y la contenida en el certificado impreso, confirma la autenticidad del certificado emitido.

La Universidad fue creada ante el Ministerio de Educación Nacional mediante la Resolución número 73 de 1933; así mismo, obtuvo reconocimiento institucional mediante el Decreto 1297 de Mayo 30 de 1964 expedido por el Gobierno Nacional; y que obtuvo la renovación de la Acreditación Institucional de Alta Calidad multicampus, dado por el Ministerio de Educación Nacional, mediante la Resolución 013170 del 17 de julio de 2020.

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:MEDELLÍN ALPUJARRA
DIRECCIÓN: Calle 44 # 51-42, Alpujarra
CIUDAD DE LA SEDE:MEDELLIN
TELÉFONO:6046041735 - 6046042046
EMAIL:citas.alpujarra@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-01-07

Nombres y apellidos:ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA
Fecha de nacimiento:21/05/1973
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:ANTIOQUIA
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:43577828
Edad:52 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 07:39:14
Fecha salida:2026-01-07 / 08:36:28
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

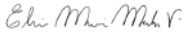
SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: CONTROL DEL PESO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: SE LE RECOMIENDA SOLICITAR LA ACTUALIZACIÓN DE LA FORMULA DE CORRECCIÓN DE LOS LENTES EN SU ENTIDAD DE SALUD.

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.



DIANA UPEGUI CASTRILLON
CC: 1152188295
RM: 1152188295
LIC-SST: 202260356578
Firma y sello del médico



ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA
CC: 43577828
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:MEDELLÍN ALPUJARRA
DIRECCIÓN: Calle 44 # 51-42, Alpujarra
CIUDAD DE LA SEDE:MEDELLIN
TELÉFONO:6046041735 - 6046042046
EMAIL:citas.alpujarra@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-01-07

Nombres y apellidos:ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA
Fecha de nacimiento:21/05/1973
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:ANTIOQUIA
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:43577828
Edad:52 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 07:39:14
Fecha salida:2026-01-07 / 08:36:28
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: CONTROL DEL PESO
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: SE LE RECOMIENDA SOLICITAR LA ACTUALIZACIÓN DE LA FORMULA DE CORRECCIÓN DE LOS LENTES EN SU ENTIDAD DE SALUD.



DIANA UPEGUI CASTRILLON
CC: 1152188295
RM: 1152188295
LIC-SST: 202260356578
Firma y sello del médico

ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA
CC: 43577828
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.