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	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**00559-776421**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LAURA NATHALY TORRES SANABRIA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.000.019.918	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lntorres@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24107273363
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

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

DATOS DEL CONTRATO

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

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

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.162.479
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 28.424.982

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9504666305**
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		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$34.479.550	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.141.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	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

Solicité y verifiqué la información de los aprendices mediante bases de datos elaboradas en Forms, validando datos personales, acu
Apliqué los lineamientos establecidos en el Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales en el desarrollo de los pr
Presenté y entregué los productos pactados en el contrato, incluyendo soportes de aprendizaje derivados de las actividades ejecuta
Desarrollé acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente establecida.
Gestioné el registro de inasistencias y reporté los casos correspondientes relacionados con deserción, riesgo y situaciones de cor
Solicité y verifiqué la información de los aprendices mediante bases de datos elaboradas en Forms, validando datos personales, acu
Informé a los aprendices, coordinadores de enlace y demás actores del programa de Articulación con la Media sobre la política de t
Participé en reuniones técnicas presenciales y virtuales convocadas por la Coordinación de Articulación con la Educación Media, re
Apoyé las actividades de divulgación de los servicios institucionales del SENA mediante materiales e insumos utilizados en los pro

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

LAURA NATHALY TORRES SANABRIA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2026.05.19 18:43:02 -05'00'

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

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

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000019918		TORRES SANABRIA LAURA NATHALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trv 13 a # 49-37 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013084	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	305149789	9504666305	I	2026/05/07	2026/05/13	BANCO CAJA SOCIAL	6	$552,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999		$9,900		$0	$0		$550,000
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999		$9,900		$0	$0		$550,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999		$9,900		$0	$0		$550,000
1	CC	1000019918 TORRES LAURA																		25-14	30	$1,894,999	$303,200	EPS002	30	$1,894,999	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,999	0.522%	$9,900	0	$0	$0	No	$550,000
Total	**Afiliados(1)**																					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999		$9,900		$0	$0		$550,000

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$1,400	$0	$304,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,200	$1,400	$0	$304,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$100	$0	$10,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$100	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$1,100	$0	$238,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$236,900	$1,100	$0	$238,000
TOTAL				**1**	**$550,000**	**$2,600**	**$0**	**$552,600**

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



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES **Atención N°: 14900**

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

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

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

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

OTOSCOPIA

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

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

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

SEVERIDAD - CAOHC

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

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

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

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

Evaluaciones adicionales a los diagnósticos

NO APLICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 

Nombre: CC: 52074283 - SORAYA KATHERINE ZAPATA

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

Código de Seguridad

W1507C2I14900

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: TORRES SANABRIA LAURA NATHALY

CC 1000019918

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS

Carrera 64 # 97 - 63 Telefono: 601

NIT 900.858.795-4

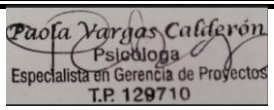
NOMBRES Y APELLIDOS	LAURA NATHALY TORRES SANABRIA
NUMERO IDENTIFICACION	1000019918
FECHA	23/01/2026

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

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

CONCEPTO EVALUATIVO

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



PAOLA VARGAS

TARJETA PROFESIONAL 129710

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



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 16,500

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

ANTECEDENTES VISUALES

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

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

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

EXAMEN EXTERNO

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

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

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

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

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

QUERATROMETRÍA

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

REFRACCIÓN

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

RX FINAL

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

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

EVALUACIONES ADICIONALES A LOS DIAGNÓSTICOS

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

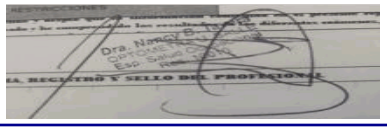
INCLUIR EN EL PVE VISUAL

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

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

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: CC: 51848939 - NANCY BETTY TAVERA

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

Código de Seguridad

G1507M3S16500

PACIENTE



Firma:

Nombre: TORRES SANABRIA LAURA NATHALY

CC: 1000019918

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.932

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

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SENA	SENA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

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

Cargo: **INSTRUCTOR**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
N/A	TEMPORAL	NO APLICA

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

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

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

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

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

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

Código de Seguridad
M1507S33Y30107



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 30107

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

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

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

RESULTADOS DEL LABORATORIO

INMUNOLOGÍA

GLICEMIA

BIOQUÍMICA

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

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

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

Código de Seguridad
M1507S33Y30107



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 30107

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

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

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

CUADRO HEMATICO

CUADRO HEMÁTICO

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

Método: Cuadro hemático manual

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

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

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

Código de Seguridad
M1507S33Y30107



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 30107

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

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

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

PERFIL LIPIDICO

BIOQUÍMICA

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

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