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	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**53833-072825**

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	**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	**$ 2.695.947**	**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		----------	**71009899**
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	$ 119.800	
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 898.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 898.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.695.947,00	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

Orientar Formación Complementaria: “Comportamiento Emprendedor” “formulación y evaluación de proyectos”.

Elaborar presentaciones ppt.

Participar en la actualización de la Guía de Aprendizaje del programa comportamiento emprendedor, evaluación y formulación de proyecto

Mantener actualizado SOFIA con las novedades del aprendiz

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 A. Vasquez Ch

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,

Firmado digitalmente por SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
Fecha: 2026.05.21 16:02:10 -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	1031131383	KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO	Calle 54a #37a - 11 sur	3156792085	karenvasquez9105@gmail.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
		71009899	27/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$1.183.200	

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	506.900	0		0		0	8	2.700	0	509.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	648.800	0	0	0	0	8	3.400	0	652.200	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	21.200				21.200	8	200	21.400			212	21.400	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	506.900	509.600
Pensión	1	648.800	652.200
Riesgos Laborales	1	21.200	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.176.900	1.183.200

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	1031131383	KAREN ANDREA VASQUEZ CHAPARRO	Calle 54a #37a - 11 sur	3156792085	karenvasquez9105@gmail.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
		71009899	27/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$1.183.200	

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 1031131383	VASQUEZ CHAPARRO KAREN ANDREA	59	0			N	X																230301	4.054.800	30	648.800	0	0	0	0	EPS005	4.054.800	30	506.900	14-23	4.054.800	30	1	21.200		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

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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)

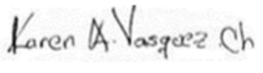
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

Cendiatra

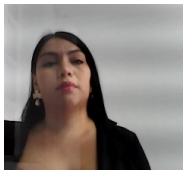
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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

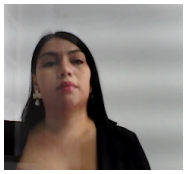
RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

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

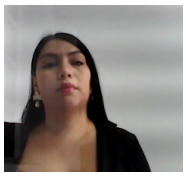
REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

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