

 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)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940410
	CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración	Julio de 2026
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	62258-845164
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: Intorres@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: (Descripción 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 01/07/2026	Al 31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 23.687.485
Número de pago 6		Valor Total del Contrato:		\$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00	Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 18.949.988
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	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				
		Julio	Junio	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		9506594106		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.140.497,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 236.900	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.197.397,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 303.200	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL I		\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
		\$ -	\$ -	Menos Retencion IVA 0,00 15%
		\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 40.547,00 0,966%
		\$ -	\$ -	
		\$ -	\$ -	
		\$ -	\$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	\$ -	
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		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.479.550	\$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.235.000		
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	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				
Contribuí a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo Institucional en los productos y recursos entregables, articulando				
Aplicué los lineamientos establecidos en el Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales en el desarrollo de los proces				
Presenté y entregué los productos pactados en el contrato, incluyendo soportes de aprendizaje derivados de las actividades ejecutadas;				
Desarrollé acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente establecida.				
Se realizo la entrega de estrategia pedagógica correspondiente				
Registré en Sofía Plus las novedades del proceso formativo, garantizando oportunidad y consistencia en la información académica de los				
Gestioné el registro de inasistencias y reporté los casos correspondientes relacionados con deserción, riesgo y situaciones de convive				
Solicité y verifiqué la información de los aprendices mediante bases de datos elaboradas en Forms, validando datos personales, acudier				
Participé en reuniones técnicas presenciales y virtuales convocadas por la Coordinación de Articulación con la Educación Media, realiz				
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 aquí 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 periodo 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,				
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)				

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																							
2026-06		2026-06		482623263			9506594106			I		2026/07/06		2026/07/15		BANCO CAJA SOCIAL			9		\$553,700																							
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																												
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES										
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	del	tae	tdt	ptap	vspl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	lrvp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,999	\$9,900		\$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																													\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,999	\$9,900		\$0
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
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			
Total Afiliados(1)																													\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,999	\$9,900		\$0

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	\$2,000	\$0	\$305,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$303,200	\$2,000	\$0	\$305,200
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	\$1,600	\$0	\$238,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$236,900	\$1,600	\$0	\$238,500
TOTAL				1	\$550,000	\$3,700	\$0	\$553,700

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

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

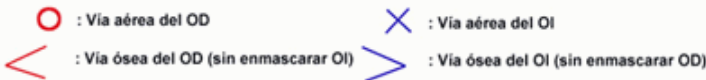
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

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 audiómetro utilizado: AMPLIVOX 240 F. Última Calibración: 2024-10-07



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 Oído derecho: 21.25

PTA Oído 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	Oído	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
W1507C2114900

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

De acuerdo con la valoración psicológica a través de las pruebas realizadas. Ha aplicado a la valoración de los requisitos exigidos en el perfil definido en el citado cargo, teniendo en cuenta la identificación de habilidades específicas, a través de la homologación de indicadores obtenidos en la referida valoración.

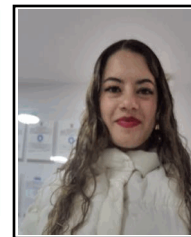
BATERIA PSICOMOTRIZ (Atencion, concentracion, Percepcion, Habilidad Visoespacial y de Reaccion)	☐
CUESTIONARIO EVALUATIVO (Estado neurolingüístico)	☐
WARTEGG	☐
TES PROYECTIVOS BAJO LA LLUVIA.	☐
CONCEPTO EVALUATIVO	

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 Calderón
Psicóloga
Especialista en Gerencia de Proyectos
T.P. 129710

PAOLA VARGAS

TARJETA PROFESIONAL 129710



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 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
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	SENA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	8 HORAS
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCALES	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 API	NO APLIC.
O.I:	NO APLICA	20/40	0.50M	NO APLIC.	NO APLICA		20/NO API	NO APLIC.
A.O:	NO APLICA	20/30	0.50M	NO APLIC.	NO APLICA		20/NO API	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

OFTALMOSCOPIA

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 COLOROJO 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



N° 27.932

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
23 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
SENA				SENA			
CIU (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	1000019918
						Tipo	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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico

Firma: _____

Nombre: CC: 1127921277 - OLIVIA PICO

R. M.: 1127921277

L.S.O.: _____



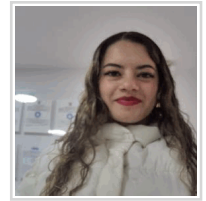
Código de Seguridad

Y1507E1K27932**Aspirante o Trabajador**

Firma: _____

Nombre: TORRES SANABRIA LAURA NATHALY

CC: 1000019918



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

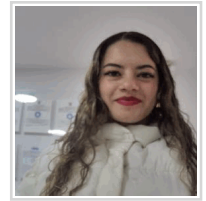
70 – 110 mg/dL

Laura Sofia Arias Monroy

CC: 1016712360

Bacteriólogo(a) RP: 1016712360

Laura Sofia Arias Monroy



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 HEMÁTICO

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

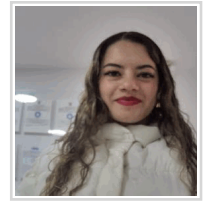
* CHCM: Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media

Laura Sofia Arias Monroy

CC: 1016712360

Bacteriólogo(a) RP: 1016712360

Laura Sofia Arias Monroy



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 <i>Método: Colorimétrico</i>	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 <i>Método: Colorimétrico</i>	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

Laura Sofia Arias Monroy