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 DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**64282-838346**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SONIA JANITH ALMARIO PERDOMO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	26.442.229	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	soniajanith@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	28564657303
IP/Nº de contacto:	12721	**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7387782/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**17325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN TITULADA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**13/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.381.842
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.381.842
Valor Bruto Pago:	**$ 3.986.243,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 41.395.599

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.986.243	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.986.243**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.642.243**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.594.497	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 199.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 255.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 8.400	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 881.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.642.243,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.531.643,00	
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	34.116,00	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	**$3.952.127,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se implementaron las estrategias para preparar, orientar, evaluar y apoyar el aprendizaje.

Se presentaron oportunamente los informes y reportes requeridos sobre las actividades formativas.

Se participo en las actividades convocadas por la supervisión relacionados con la ejecución del objeto contractual.

Se aplicaron los procesos y procedimientos establecidos por la entidad para la gestión documental relacionada con objeto contractual.

Impartir formación presencial a la ficha No. 2926155

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

SONIA JANITH ALMARIO PERDOMO
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 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,

ANDREA YULIETH PUENTES HERNANDEZ
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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SONIA JANITH ALMARIO PERDOMO identificado(a) con CC 26442229 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**02/05/2024**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes de febrero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SONIA JANITH ALMARIO PERDOMO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **26442229,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2001** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-20, 11:08:38 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070566733

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822916730

PAGADO 20/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SONIA JANITH ALMARIO PERDOMO		
Documento	CC26442229	**Dirección**	CL 61 #14 - 42
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143621395
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 26442229	SONIA JANITH ALMARIO PERDOMO	59	00								X									0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.594.500	$ 255.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.594.500	$ 199.400	0,522	$ 1.594.500	$ 8.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 463.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.594.500	$ 1.594.500	$ 1.594.500	$ 0	$ 255.200	$ 199.400	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 463.000	$ 12.400	$ 475.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141153468665

(415)7707212489984(8020) 000014115346866 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 4 4 2 2 2 9	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 6 4 4 2 2 2 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	Agrado 0 1 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALMARIO	PERDOMO	SONIA	JANITH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 61 14 42

42. Correo electrónico: janith49@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 3 6 2 1 3 9 5	3 1 4 4 7 4 0 9 5 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 0 1 0 2 0 6	8 5 4 2	2 0 1 0 0 2 0 2	9 5 1 1	6 2 0 9		2 1 3 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALMARIO PERDOMO SONIA JANITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **SONIA JANITH ALMARIO PERDOMO** identificado con **CC** No. **26442229**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 07/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012736441.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No 12482 de 30/09/2015
Dirección: Carrera 64#97-63 Barrio Andes
Teléfono: 3214529637 3203643035
email: zadasaludocupacionalsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.412

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	05 MES	2024 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

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ALMARIO PERDOMO SONIA JANITH	FEMENINO	49 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	264442226 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

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
NO APLICA	TEMPORAL	.

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

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CERCANA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	OTROS : PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, SIN GRASAS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA Y FONOAUDIOLOGIA,PACIENTE SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, SIN GRASAS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA Y FONOAUDIOLOGIA,PACIENTE SIN ALTERACION PSICOLOGICA, NI NEUROLOGICA CONTROL ANUAL POR 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



Firma:

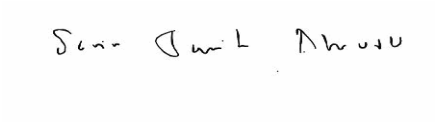
Nombre: ORTIZ DELGADO JANNER

R. M.: 79834463 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

A1507G1M3412

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ALMARIO PERDOMO SONIA JANITH

CC: 264442226

Informe de Selección

I.DATOS DE IDENTIFICACION:

APELLIDOS Y NOMBRE: SONIA JANITH ALMARIO PERDOMO

EDAD: 50

SEXO: Femenino

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Pregrado

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Agrado, 29 de abril de 1975

FECHA DE LA EVALUACION: febrero 19 de 2025

II.MOTIVO DE CONSULTA:

Evaluación psicológica con la finalidad de optar a un puesto de trabajo, específicamente candidato al cargo de **INSTRUCTOR DEL SENA**

III.TÉCNICA E INSTRUMENTO EMPLEADO:

TEST PSICOSENSOMETRICO: Un test psicosensométrico mide las capacidades físicas, mentales y sensoriales de una persona. Se utiliza para evaluar la aptitud de una persona para realizar un trabajo**.**

CC264442229

View Edit Revisions

Resumen De Resultados Test Psico-Motríz

Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado
Atención Concentrada		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.690 Seg.	0.812
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	0.812
Num. Errores	<= 5 Errores	0
Reacciones Múltiples		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	1.113
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	1.113
Num. Errores	<= 7 Errores	3
Reacción Al Frenado		
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	1.206
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina		
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4.830 Seg.	1.116
Num. Errores	<= 15 Errores	3
Velocidad De Anticipación		
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.204

Trazabilidad de la Medida

Documento	Fecha	Modelo	Serie #	Firmware	Prueba #	Form#	Baremo
CC264442229	2025-02-19 14:19:20	AGX-PT3	3136	2.0.0.18A		PT3-04	BPT-2

Observaciones: La evaluación psicometría del paciente arroja una capacidad mental acorde a su edad, no evidencia conductas impulsivas, agresivas, violentas y dificultades para relacionarse interpersonalmente con otros, no es emocionalmente espontáneo. Adecuado manejo de las aptitudes perceptivo-motoras (estimación del movimiento, coordinación viso motora, tiempo de reacción múltiple e inteligencia práctica) fundamentales para adecuado seguimiento de instrucciones, enfocada al detalle y al cumplimiento de logros.

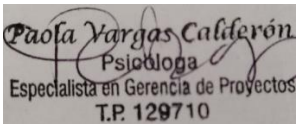
Doctora Soraya zapata daza
Gerente general
Tel: 2530712
Cel: 3203643035
zadasaludocupacional@hotmail.com

IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La evaluación psicometría del paciente arroja una capacidad mental acorde a su edad, no evidencia conductas impulsivas, agresivas, violentas y dificultades para relacionarse interpersonalmente con otros, no es emocionalmente espontáneo. Adecuado manejo de las aptitudes perceptivo-motoras (estimación del movimiento, coordinación viso motora, tiempo de reacción múltiple e inteligencia práctica) fundamentales para adecuado seguimiento de instrucciones, enfocada al detalle y al cumplimiento de logros.

V. RESUMEN

La evaluación psicometría del paciente arroja una capacidad mental acorde a su edad, no evidencia conductas impulsivas, agresivas, violentas y dificultades para relacionarse interpersonalmente con otros, no es emocionalmente espontáneo



PAOLA VARGAS PSICOLOGA

TP. 129710