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	**32110-657955**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ROSEMBERG PERLAZA PARRA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	19.466.759	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ropepa@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20155849372
IP/Nº de contacto:	16934	**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 2024**	SI

¿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	SI
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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7425469/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**15625**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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 COMERCIO Y VENTAS Y ÁREA TEMÁTI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**17/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.908.134
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.908.134
Valor Bruto Pago:	**$ 3.986.243,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.921.891

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.986.243	Honorarios profesionales a persona declarante de re	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		----------	**84252787**
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%	$ 36.062.775	$ 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**	

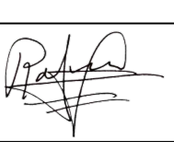
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó apoyo a la formación etapa productiva ficha:2616021
Se realizó apoyo a la formación etapa productiva ficha:2730872
Se realizó apoyo a la formación etapa productiva ficha:2833045
Se realizó apoyo a la formación etapa productiva ficha:2833047
Se realizó apoyo a la formación etapa productiva ficha:2970191

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



ROSEMBERG PERLAZA PARRA
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,

JULIAN ANDRES CASTELLANOS CASTRO
INSTRUCTOR G10

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)

18/02/25 16:54:50 USUARIO: SIC - C.C. 19466759

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ROSEMBERG PERLAZA PARRA identificado(a) con CC 19466759 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE TOBERIN**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 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 **ROSEMBERG PERLAZA PARRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19466759,** se encuentra afiliado/a desde **16/10/1986** 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 05 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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ROSEMBERG PERLAZA PARRA**, identificada con **CC** número **19466759**, aportó por **ROSEMBERG PERLAZA PARRA** identificado(a) con **CC** número **19466759** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$2,800,000	0.16000	$448,000	$0	$0	Enero - 2025	84252787	18/02/2025	NO
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	59															0		30	$2,800,000	0.12500	$350,000	$0	$0	Enero - 2025	84252787	18/02/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$2,800,000	0.00522	$14,700	$0	$0	Enero - 2025	84252787	18/02/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **18** días del mes **Febrero** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ROSEMBERG PERLAZA PARRA**, identificada con **CC** número **19466759**, aportó por **ROSEMBERG PERLAZA PARRA** identificado(a) con **CC** número **19466759** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 12 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$2,800,000	0.16000	$448,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82924723	30/12/2024	NO
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	59															0		30	$2,800,000	0.12500	$350,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82924723	30/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$2,800,000	0.00522	$14,700	$0	$0	Diciembre - 2024	82924723	30/12/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **18** días del mes **Febrero** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141152239980

(415)7707212489984(8020) 000014115223998 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 4 6 6 7 5 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	1 9 4 6 6 7 5 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PERLAZA	PARRA	ROSEMBERG	

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 181 C 11 29 TO 3 AP 503

42. Correo electrónico comunicarsas@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 0 2 0	2 0 0 4 0 2 0 4	8 2 9 9	2 0 0 8 0 7 3 0		8 5 4 1	8 5 4 2		

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	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
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 ROCHA PALACIO YENNY CAROLINA

985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

VISOR PDF

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, **ROSEMBERG PERLAZA PARRA** identificado con **CC** No. **19466759**, 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:** 23/12/2025 **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): 202501012653625.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_13_2_2_FR01 v_09

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

MIS_4_1_3_FR15 v_010

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

Nombres y apellidos: ROSEMBERG PERLAZA PARRA
Fecha de nacimiento: 03/04/1962
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 19466759
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-30 / 08:49:24
Fecha salida: 2025-01-30 / 11:28:36



EXÁMENES REALIZADOS

- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN OPTOMETRICO
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
- PERFIL LIPIDICO
- ENFASIS CARDIOVASCULAR
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VALORACION DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: NO

DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NO

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL

OTRAS:: CONTROL MEDICO PERIODICO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



DIANA CAROLINA RIPOLL RAMOS
RM: 19856
Firma y sello del médico



ROSEMBERG PERLAZA PARRA
CC: 19466759
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 | **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

Nombres y apellidos: ROSEMBERG PERLAZA PARRA
Fecha de nacimiento: 03/04/1962
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 19466759
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-30 / 08:49:24
Fecha salida: 2025-01-30 / 11:28:36



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL
3. OTRAS:: CONTROL MEDICO PERIODICO

DIANA CAROLINA RIPOLL RAMOS
RM: 19856
Firma y sello del médico

ROSEMBERG PERLAZA PARRA
CC: 19466759
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

VALORACION DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

CC: 19466759
Nombres y apellidos: ROSEMBERG PERLAZA PARRA
Fecha de nacimiento: 03/04/1962
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha Ingreso: 30/01/2025
Fecha salida: 30/01/2025
Teléfono acompañante:



VALORACIÓN CONDUCTUAL

SECCIÓN 1

ÁREA COGNITIVA:	PACIENTE DENTRO DE LOS PARÁMETROS, PRESENTA UNA ADECUADA CAPACIDAD COGNOSCITIVA, ORIENTADO, CONSIENTE, CON ADECUADA CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN.
ÁREA EMOCIONAL:	ADECUADA, EN EL MOMENTO EL PACIENTE RESPONDE DE MANERA CONSISTENTE CON LOS EVENTOS Y ACONTECIMIENTOS PROPIOS DE SU VIDA LABORAL, FAMILIAR Y SOCIAL.
NIVEL DE ESTRES:	INDICATIVO BAJO EN FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS, NO SE EVIDENCIA DIFICULTAD EN LA HIGIENE DEL SUEÑO EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA.
VALORACIÓN DE FACTOR PSICOSOCIAL:	SE PERCIBE MEDIANTE ENTREVISTA RIESGO BAJO, LAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES FRENTE A SU SITUACIÓN LABORAL Y QUE ESTÁN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES AMBIENTALES, NO INTERFIEREN EN SU SALUD MENTAL; SIN EMBARGO, ES IMPORTANTE SUPERVISAR A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL QUE EL TRABAJADOR PUEDA LLEGAR A OBTENER DENTRO DE SU JORNADA DE TRABAJO.

CONCEPTO PSICOLÓGICO

SECCIÓN 1

CONCEPTO PSICOLÓGICO:	SIN APARENTE ALTERACIÓN EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES:	SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

INTERPRETACIÓN DE PRUEBA APLICADA C.A Q

SECCIÓN 1

APLICO PRUEBA:	NO

ADJUNTAR

ADJUNTAR
ADJUNTAR:

MARIA FERNANDA ZARTA AYA
RM: N/A
Firma y sello del médico

ROSEMBERG PERLAZA PARRA
CC: 19466759
Firma del paciente

Cendiatra

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

CC: 19466759
Nombres y apellidos: ROSEMBERG PERLAZA PARRA
Fecha de nacimiento: 03/04/1962
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 30/01/2025
Fecha salida: 30/01/2025
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES OTOLOGICOS

SECCION 1

ENFERMEDAD DEL OIDO:	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS:	NO
ALTERACION DE LA AUDICION:	NO
DOLOR DE OIDOS:	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES:	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS:	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS:	NO
REALIZO POLIGONO:	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

SECCION 1

TIEMPO EN EL CARGO (PERIODICO O RETIRO):	NR
DESCRIPCION (PERIODICO O RETIRO):	NR
NIVEL DEL RUIDO (PERIODICO O RETIRO):	NR
TIPO DE PROTECCION (PERIODICO O RETIRO):	NR

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

SECCION 1

CARGO:	CONTRATISTA
TIEMPO EN EL CARGO:	21 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO:	BAJO
TIPO DE PROTECCION:	NO

OTOSCOPIA

SECCION 1

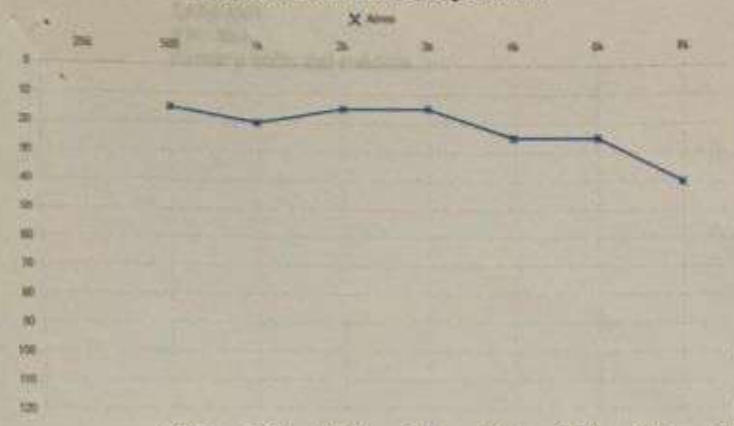
OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

AUDIOGRAMA VIA AEREA

AUDIOGRAMA

AUDIOGRAMA VIA AEREA

AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO



AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO



	250	S.R	500	S.R	1K	S.R	2K	S.R	3K	S.R	4K	S.R	6K	S.R	8K	S.R
OD			15		15		10		15		30		25		20	
OI			15		20		15		15		25		25		40	

INTERPRETACIÓN

PTA OD (1k, 2K, 3K y 4K)	17.5
PTA OI (1k, 2K, 3K y 4K)	15.25

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NIVELES DE AUDICION NIOSH 126/1998

NORMAL 24 DB: BILATERAL

HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB:

HIPOACUSIA MODERADO 41-55 DB:

HIPOACUSIA MODERADO-SEVERA 56-70 DB:

HIPOACUSIA SEVERA 71-90 DB:

HIPOACUSIA PROFUNDA > 91 DB:

OBSERVACIONES: SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES BILATERAL

DIAGNOSTICO

SECCION 1

DIAGNÓSTICO 1: EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN

DIAGNÓSTICO 2:

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

SECCION 1

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA:	NO	
CONTROL AUDITIVO EN:	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA:	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO:	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL:	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS:	NO	

ERIKA XIOMARA ESTUPIÑAN
SANJUAN
RM: N/A
Firma y sello del médico

ROSEMBERG PERLAZA PARRA
CC: 19466759
Firma del paciente

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:** Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

CC: 19466759
Nombres y apellidos: ROSEMBERG PERLAZA PARRA
Fecha de nacimiento: 03/04/1962
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 30/01/2025
Fecha salida: 30/01/2025
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES:	NO	
CIRUGÍA OCULAR:	SI	-REFIERE CX REFRACTIVA AO
GLAUCOMA:	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO	
ALERGIAS:	NO	
OTROS:	NO	
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	SI	

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO
OTROS:	

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/80
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/40
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/100
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/30
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/100
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/30

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:	4 MTS.
CON CORRECCION OD:	1.75 MTS.
SIN CORRECCION OI:	4 MTS.
CON CORRECCION OI:	1.25 MTS.
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	4 MTS.
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	1.75 MTS.

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

COVER TEST

SECCIÓN 1

LEJOS:	O
CERCA:	X
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	5 CM
MOTILIDAD OCULAR:	NORMAL

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:	NO
OI QUERATOMETRÍA:	NO

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:	FON
OI OFTAMOLSCOPIA:	FON

REFRACCIÓN

OJO DERECHO

ESTÁTICA:	+1.50-0.25X0
DINÁMICA:	-
CICLOPLEJÍA:	-

OJO IZQUIERDO

ESTÁTICA:	+1.50-0.50X0

DINÁMICA: -

CICLOPLEJÍA: -

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES: NO

VISIÓN CROMÁTICA: NORMAL

ESTERIOPSIS: NORMAL

TITMUS: NO

RX EN USO

OD:

OI:

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

DIAGNÓSTICO 2: ASTIGMATISMO

DIAGNÓSTICO 3: PRESBICIA

DIAGNÓSTICO 4:

DIAGNÓSTICO 5:

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA: SI

CONTROL ANUAL: SI

VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA: NO

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: NO

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ
ANTIVAR
RM: N/A
Firma y sello del médico

ROSEMBERG PERLAZA PARRA
CC: 19466759
Firma del paciente

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

CC: 19466759
Nombres y apellidos: ROSEMBERG PERLAZA PARRA
Fecha de nacimiento: 03/04/1962
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO **RH:** A +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 30/01/2025
Fecha salida: 30/01/2025



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	86	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Karin Mercedes Rodríguez Sánchez
Bacterióloga
T.p 1026598593

KARIN MERCEDES RODRIGUEZ SANCHEZ
RM: N/A
Firma y sello del médico

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

CC: 19466759
Nombres y apellidos: ROSEMBERG PERLAZA PARRA
Fecha de nacimiento: 03/04/1962
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO **RH:** A +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 30/01/2025
Fecha salida: 30/01/2025



HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

SECCIÓN 1

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ANEXO	MILLONES/MM3	4.0-5.5MILLONES/MM3
HEMOGLOBINA			
HEMATOCRITO			
VCM			
HCM			
CHCM			
RDW			
LEUCOCITOS			
RECUENTO DIFERENCIAL			
GRANULOCITOS			
LINFOCITOS			
MIXTAS			
RECUENTO DIFERENCIAL MM3			
GRANULOCITOS			
LINFOCITOS			
MIXTAS			
RECUENTO PLAQUETARIO			
PLAQUETAS			
ADJUNTAR			



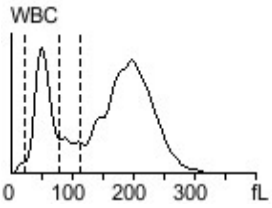
KARIN MERCEDES RODRIGUEZ SANCHEZ
RM: N/A
Firma y sello del médico

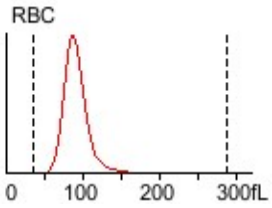
INFORME DE ANÁLISIS DE HEMATOLOGÍA

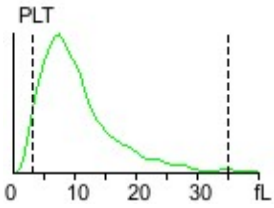
Nombre de pila: rosemberg
Apellido(s): perlaza parra
Género:
Fecha: 30-01-2025 09:19

Tipo de muestra:
ID de muestra: 19466759
Edad:

Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1 WBC	**7,04**		**3,50-9,50**	**10^9/L**
2 Lym%	23,6		20,0-50,0	%
3 Gran%	69,2		50,0-70,0	%
4 Mid%	7,2		3,0-9,0	%
5 Lym#	1,66		1,10-3,20	10^9/L
6 Gran#	4,87		2,00-7,00	10^9/L
7 Mid#	0,51		0,10-0,90	10^9/L
8 RBC	**5,91**	↑	**3,80-5,80**	**10^12/L**
9 HGB	18,3	↑	11,5-17,5	g/dL
10 HCT	53,9	↑	35,0-50,0	%
11 MCV	91,2		82,0-100,0	fL
12 MCH	31,0		27,0-34,0	pg
13 MCHC	34,0		31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	14,6	↑	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	45,1		35,0-56,0	fL
16 PLT	**318**		**125-350**	**10^9/L**
17 MPV	8,0		7,0-11,0	fL
18 PDW	8,2	↓	9,0-17,0	fL
19 PCT	0,254		0,108-0,282	%
20 P-LCR	15,1		11,0-45,0	%
21 P-LCC	48		30-90	10^9/L







Natalia Sánchez Rivera
C.C. 1110546983
Bacterióloga UCM

Natalia Sánchez Rivera
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
T.P: 1110546983
Autopista Norte # 106 - 93
Tel: 7442103 - 7464727 - 7562592 - 7443001 Ext 1528
Correo electronico: laboratorionorte@cendiatra.com

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

CC: 19466759
Nombres y apellidos: ROSEMBERG PERLAZA PARRA
Fecha de nacimiento: 03/04/1962
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO **RH:** A +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 30/01/2025
Fecha salida: 30/01/2025



PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO.CT	123	MG/DL	DESEABLE: < 200 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 200-239 MG/DL, ALTO: IGUAL O > 240 MG/DL

TRIGLICERIDOS

RESULTADO.TG	121	MG/DL	NORMAL:<150MG/, INTERMEDIO:150 - 199MG/DL, ALTO:200 - 499MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >500MG/DL

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

RESULTADO.HDL	43	MG/DL	NORMAL:>40 MG/DL

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

RESULTADO.LDL	55.80	MG/DL	OPTIMO:<100 MG/DL, CERCANO AL OPTIMO: 100 -129 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 130 -159 MG/DL, ALTO: 160 -189 MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >190 MG/DL

ADJUNTAR RESULTADO

ADJUNTA FORMATO

Karin Mercedes Rodríguez Sánchez
Bacterióloga
T.p 1026598593

KARIN MERCEDES RODRIGUEZ SANCHEZ
RM: N/A
Firma y sello del médico

Informe de Selección

I.DATOS DE IDENTIFICACION:

APELLIDOS Y NOMBRE: ROSEMBERG PERLAZA PARRA

EDAD: 62

SEXO: Masculino

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Postgrado

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cali, 3 de abril de 1962

FECHA DE LA EVALUACION: febrero 18 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

IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CC19466759

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.	0.696
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	0.696
Num. Errores	<= 5 Errores	1
Reacciones Múltiples		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	1.082
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	1.082
Num. Errores	<= 7 Errores	0
Reacción Al Frenado		
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	1.091
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina		
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4.830 Seg.	0.864
Num. Errores	<= 15 Errores	5
Velocidad De Anticipación		
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.106

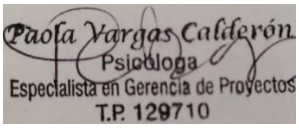
Trazabilidad de la Medida

Documento	Fecha	Modelo	Serie #	Firmware	Prueba #	Form#	Baremo
CC19466759	2025-02-18 09:49:29	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

VI.CONCLUSIÓN:

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.



PAOLA VARGAS PSICOLOGA

TP. 129710

Informe de Selección

Zada
SALUD OCUPACIONAL

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