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	28 de Febrero de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	81878-713075

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	51.941.477	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	diana.rubin.misena@gmail.com	Número de Cuenta:	0550001100038361
IP/Nº de contacto:	17011	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	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:	7383207/2025	Nº Compromiso SIIF	16425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	5

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS CLAVES RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO INTERACTUAR EN LENGUA INGLESA DE FORMA ORA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	12/02/2025	Al	28/02/2025	Saldo Anterior del Contrato:	$ 22.384.287
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	$ 22.384.287
Valor Bruto Pago:		$ 3.986.243,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 18.398.044

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		----------	NA
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%	$ 16.392.170	$ 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 ejecutó fase de inducción en las fichas Coordinación procesos logísticos 3138465, 3138649 y Fase análisis guía 1. Gestión integral del transporte ficha 2977166 se desarrolló la Fase de ejecución, guía 4. Desarrollo publicitario fichas 2977624 y 2677625 se desarrolló la fase de planeación, guía 4, ficha 2834773 se desarrolló fase de ejecución, guía 7, ficha 3070357 fase de planeación, guía 2. Todas en la competencia de inglés.

Se calificaron evidencias enviadas por los aprendices de las 7 fichas mencionadas en el LMS Zajuna

Se emitieron juicios en Sofía Plus en las 7 fichas mencionadas. Se adecuó el ambiente virtual de aprendizaje de acuerdo con la guía AV

Se entregó al Coordinador académico el reporte de ejecución de actividades

Se realizaron reuniones EEF en las 7 fichas mencionadas

Se enviaron mensajes con evidencias pendientes y avance del proceso de inglés a todos los aprendices de las 7 fichas mencionadas

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

DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO
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,

JOHANY ANDRES CASALINAS GOMEZ
INSTRUCTOR G14

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)

25/02/25 12:04:46 USUARIO: SIC - C.C. 51941477

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Diana Alexandra Rubin Delvasto, identificado(a) con CC número 51941477, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 51941477
NOMBRES Y APELLIDOS	Diana Alexandra Rubin Delvasto
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	01/07/1969
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	02/11/2004
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	713 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	2119 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/01/2007
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 51941477 DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO Desde 01/12/2020 - Vigente

Generado por interfaces 04/02/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **51.941.477**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO	**NIT:**	51941477
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	diciembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2024
Número de Radicación:	83242239	**Total a pagar:**	$403,300
Fecha de vencimiento:	21/01/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/01/2025	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1183033325
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$6,800
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$208,000
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$26,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$162,500
						$403,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141053958675

(415)7707212489984(8020) 000014105395867 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 9 4 1 4 7 7	2	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	5 1 9 4 1 4 7 7	

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
RUBIN	DELVASTO	DIANA	ALEXANDRA

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 22 29 A 44 TO 1 AP 1402

42. Correo electrónico: diana.alex.rubin@gmail.com

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

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 1 1 1 0 1 0	8 5 2 3	2 0 1 1 1 0 1 0	8 2 9 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA 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, **DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO** identificado con **CC** No. **51941477**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 23/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 12/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2025 **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): 202501012809856.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 51941477-196959

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	14/01/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO	**Identificación:**	51941477		
Género	FEMENINO **Edad:** 53	**Teléfono**	4645687	**Móvil:**	3017874367
Fecha Nacimiento:	1/07/1969	**Cargo:**	INSTRUCTOR		
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.		
Dirección	CLL 22 # 29A-44	**ARL:**			
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**			
Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TEST PSICOMETRICO	APTO.
AUDIOMETRIA	1. CONTROL PERIÓDICO, 2. SE SOLICITA LIMPIEZA OTICA POR EPS.
OPTOMETRIA	USO DE LENTES VISION PROLONGADA, LECTURA, CONTROL ANUAL, PROTECCIÓN OCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL /PAUSAS ACTIVAS Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS FRECUENTEMENTE/ EJERCICIOS VISUALES PARA EVITAR FATIGA OCULAR/USAR ELEMENTOS DE PROTECCION SEGÚN MATRIZ DE PELIGRO CONTROL/ PREVENTIVO ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.
GLICEMIA	se realizó
PERFIL LIPIDICO	se realizó
CUADRO HEMATICO	se realizó
ANEXO CARDIOVASCULAR	SIN ALTERACION PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

DR. CARLOS J. CABRALES ROJAS
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 4948-13

CARLOS JULIO CABRALES ROJAS

DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO 51941477

Firma y cédula del Paciente

4948-13

Médico Especialista en Salud Laboral

Diana Alexandra Rubin Delvasto <diana.rubin@misena.edu.co>

Validación exámenes preocupacionales

Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co> Tue, Aug 27, 2024 at 11:26 AM
To: Diana Alexandra Rubin Delvasto <diana.rubin@misena.edu.co>

Cordial Saludo, Respetada Diana,

Espero se encuentre bien de salud,

De manera atenta, le informo que se valida el examen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual.

Agradezco su amable atención,

Diana Mercedes Hernández Jiménez
Profesional Administradora de Salud Ocupacional
Profesional HYSI
Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías De La Información,
Regional Distrito Capital
dmhernandezj@sena.edu.co
CEL: 3145184448
Calle 52 No. 13 - 65 - Oficina 302, Bogotá, Colombia

De: Diana Alexandra Rubin Delvasto <diana.rubin@misena.edu.co>
Enviado: martes, 27 de agosto de 2024 8:59
Para: Diana Mercedes Hernandez Jimenez <dmhernandezj@sena.edu.co>
Asunto: Validación exámenes preocupacionales

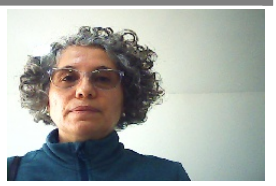
No suele recibir correos electrónicos de diana.rubin@misena.edu.co. Por qué esto es importante

[Quoted text hidden]

Declinación de Responsabilidades: las cuentas del dominio @misena.edu.co son soportados tecnológicamente por © Google y no tienen ningún tipo de relación con los procesos de formación que el SENA imparte dentro de la gestión y ejecución de los procesos y procedimientos de la formación profesional integral presencial y virtual. El SENA no tiene ningún tipo de responsabilidad de carácter administrativo, técnico o funcional con el servicio y con la información que reposa en estos correos con dominio @misena.edu.co.

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA

Grupo Ocupacional
salud integral empresarial



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 18/02/2025 BOGOTA D.C
Paciente: DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO
Género FEMENINO **Edad:** 55
Fecha Nacimiento: 1/07/1969
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CLL 22 # 29A-44
Empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 51941477
Teléfono 4645687 **Móvil:** 3017874367
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

CONCEPTO DE APTITUD

SIN INFORMACION

DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

CUMPLE CON LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS PARA EL ADECUADO DESEMPEÑO DE ACUERDO CON LA BATERIA PSICOSENSOMETRICA. ARROJA RESULTADOS DENTRO DE LOS CRITERIOS NORMALES DE PUNTUACION.

OBSERVACIONES

CUMPLE CON LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS PARA EL ADECUADO DESEMPEÑO DE ACUERDO CON LA BATERIA PSICOSENSOMETRICA. ARROJA RESULTADOS DENTRO DE LOS CRITERIOS NORMALES DE PUNTUACION.

JESSICA ANDREA RINCON NIETO 52808410
Profesional

DIANA ALEXANDRA RUBIN DELVASTO 51941477
Firma y cédula del Paciente

You've already responded

Se ha registrado tu respuesta

You can fill out this form only once.

Try contacting the owner of the form if you think this is a mistake.

This content is neither created nor endorsed by Google. - Terms of Service - Privacy Policy

Does this form look suspicious? Report

Google Forms