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** | **04854-412182** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | AIJA MARINA BAÑOS DURAN | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 57.462.274 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | aijab210@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 62035844266 |
| **IP/Nº de contacto:** | 17037 | **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** | 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:** | 7460048/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **19625** | **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 COMPLEMENTARIA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO LOGÍSTICA Y TRANSPORTE EN |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **12/02/2025 Al 28/02/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 47.221.647 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.221.647 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 2.913.024,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 44.308.623 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.913.024 | 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** | **$ 2.913.024** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.874.724** | **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** | | ---------- | **N/A** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 7.500 | $ 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 | $ 625.000 | |
| 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 | 1.874.724,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.507.224,00 | |
| 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 | 24.220,00 | 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** | **$2.888.804,00** | |

**SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

- Se planificaron y organizaron las actividades formativas de acuerdo con las fichas asignadas, siguiendo los lineamientos de la Guía de Orientaciones para la Formación en Ambientes Virtuales de Aprendizaje (GFPI-G-014 vs.5)
- Se enrutaron los aprendices en Sofía plus en las fichas asignadas.
- Se generó el listado de aprendices asociados a las fichas
- Se elaboró el cronograma del programa de acuerdo a las fechas establecidas en Sofía Plus.
- Se ingresaron a las transferencias de Socialización Guía de orientaciones para la formación Ambientes Virtuales de Aprendizaje-AVA
- Se procedió a alistar el espacio virtual de formación Zajuna, teniendo en cuenta la guía de Formación ambientes virtuales
- Se procedió a evaluar los trabajos recibidos y que fueron desarrollados por los aprendices de acuerdo a las evidencias planteadas

**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

**AIJA MARINA BAÑOS DURAN**
**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)**

24/02/25 10:03:31 USUARIO: SIC - C.C. 57462274

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) AIJA MARINA BAÑOS DURAN identificado(a) con Cedula Ciudadania 57462274, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20170301 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Febrero de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
SENA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27814073

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

**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:

**AIJA MARINA BAÑOS DURAN,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.462.274**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 57462274 | | BAÑOS DURAN AIJA MARINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 102 B # 151 15 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3012067779 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1182250637 | 9480019562 | I | 2025/01/20 | 2025/01/09 | BANCOLOMBIA | 0 | $403,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $6,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $6,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $6,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 57462274 | BAÑOS AIJA | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS008 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | CCF24 | 30 | $1,300,000 | $26,000 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $6,800 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $6,800 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 57462274 | | BAÑOS DURAN AIJA MARINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 102 B # 151 15 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3012067779 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1182250637 | 9480019562 | I | 2025/01/20 | 2025/01/09 | BANCOLOMBIA | 0 | $403,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,800 | $0 | $0 | $6,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $6,800 | $0 | $0 | $6,800 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $403,300 | $0 | $0 | $403,300 |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141161143039

(415)7707212489984(8020) 000014116114303 9

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BAÑOS | DURAN | AIJA | MARINA |

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: CR 102 B 151 15 AP 703 TO 1

42. Correo electrónico: aijab210@hotmail.com

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

## 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 2 | 2 0 0 9 1 1 0 1 | 8 5 4 1 | 2 0 1 5 1 1 0 2 | 8 5 4 3 / 8 2 9 9 | 2 3 1 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 | | | | | | | | | | Exportadores | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 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 BAÑOS DURAN AIJA MARINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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, **AIJA MARINA BAÑOS DURAN** identificado con **CC** No. **57462274**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 20/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 12/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 19/12/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**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): 202501012692151.

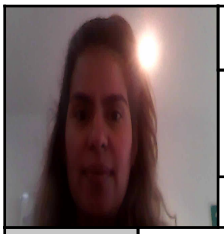
Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

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

# Examen OPTOMETRÍA



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO MÉDICO | ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS | | | | |
| | | Carrera 64 # 97 - 63 Teléfono: 2530712 | | | | |
| | | Nit No. 900.858.795-4 | | | | |
| | | OPTOMETRÍA | | | | |
| Fecha: | 24/01/2023 | Hora Llegada: | 6:14 AM | Hora Salida: | 7:06 AM | Resolución No 12482 de 30/09/2015 |

## I - IDENTIFICACIÓN

| NOMBRES Y APELLIDOS: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AIJA MARINA BAÑOS SIRAN | | | | EDAD: | 38 |
| Nº DE DOCUMENTO: | 57462274* | FECHA NACIMIENTO: | 18/03/1984 | CIUDAD: | Bogotá D.C.(BOGOTA) |
| GÉNERO: | Femenino | DIRECCIÓN: | CR 102 B NO 151 15 | TELÉFONO: | 3012067779 |
| EMPRESA: | SENA | | | CARGO: | INSTRUCTOR |

## I - AGUDEZA VISUAL

| | AV CC | AV SC | PH | PD |
|---|---|---|---|---|
| AGUDEZA VISUAL LEJANA - OD | N/A | 20/20 | N/A | |
| AGUDEZA VISUAL LEJANA - OI | N/A | 20/20 | N/A | |
| AGUDEZA VISUAL PRÓXIMA - OD | N/A | 0,5 | | N/A |
| AGUDEZA VISUAL PRÓXIMA - OI | N/A | 0,5 | | N/A |
| OBSERVACIONES AGUDEZA VISUAL | | | | |

## II - DIAGNÓSTICO

| DIAGNÓSTICO | OBSERVACIONES DIAGNÓSTICO | APLAZADO |
|---|---|---|
| ASTIGMATISMO | | |

## III- RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE

EVALUACION ANUAL POR OPTOMETRIA

| | |
|---|---|
| Dra. Johanna M. Arcos A. Médico Esp. Salud Ocupacional 008-2014 | 57462274 |
| FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL | FIRMA Y CÉDULA DEL TRABAJADOR |



DEPARTAMENTO MÉDICO

# ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS

Carrera 64 # 97 - 63 Teléfono: 2530712

Nit No. 900.858.795-4

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Resolución No.12482 de 30/09/2015

| Fecha: | 24/01/2023 | Hora Llegada: | 6:14 AM | Hora Salida: | 7:06 AM |
|---|---|---|---|---|---|

### I - IDENTIFICACIÓN

| NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | | EDAD | 38 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AUA MARINA BAÑOS SIRAN | | | | | | | |
| Nº DE DOCUMENTO: | 57462274 | FECHA NACIMIENTO: | 18/03/1984 | CIUDAD: | Bogotá D.C | | |
| GENERO: | Femenino | DIRECCIÓN: | CR 102 B NO 151 15 | | TELÉFONO: | 3012067779 | |
| EMPRESA: | SENA | | | CARGO: | INSTRUCTOR | | |

### EXÁMENES PARACLÍNICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS

| OPTOMETRIA | AUDIOMETRIA | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | GLICEMIA | PERFIL LIPIDICO | CUADRO HEMÁTICO |
|---|---|---|---|---|---|
| TEST PSICOLÓGICO | CARDIOVASCULAR | | | | |

### II - CONCEPTO

| TIPO DE EXAMEN | INGRESO | SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfermedad general: | si | Otros: | NO | Cuales: | |

### III- RECOMENDACIONES

. PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, SIN AZUCAR NI ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL. LA PACIENTE PRESENTA ADECAUDO ESTADO DE SALUD FISICA Y MENTAL, NO PRESENTA ALTERACIONES EVIDENTES A NIVEL CARDIOVASCULAR U OSTEOMUSCULAR.

### IV. – RESTRICCIONES

NINGUNA

La presente certificación se expide con base a la historia clinica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.

| Dr. Alejandro Solet<br>Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo<br>Res. 8452-15 | 57462274 | 24 ENE 2023 |
|---|---|---|
| FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL | FIRMA Y CÉDULA DEL TRABAJADOR | |

VB

Edilma Silva Pico
C.C. 52.011.551
Aux. Enfermería

## I - IDENTIFICACIÓN

| NOMBRES Y APELLIDOS: | Nº DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO: | EDAD: |
|---|---|---|---|
| AIJA MARINA BAÑOS SIRAN | 57462274* | 18/03/1984 | 38 |

| GÉNERO | ESCOLARIDAD: | ESTADO CIVIL: | LUGAR DE NACIMIENTO: |
|---|---|---|---|
| Femenino | postgrado | Union Libre | |

| DIRECCIÓN: | TELÉFONO: | CIUDAD: | EMPRESA: |
|---|---|---|---|
| CR 102 B NO 151 15 | 3012067779 | Bogotá D.C. | SENA - 5546546546545 |

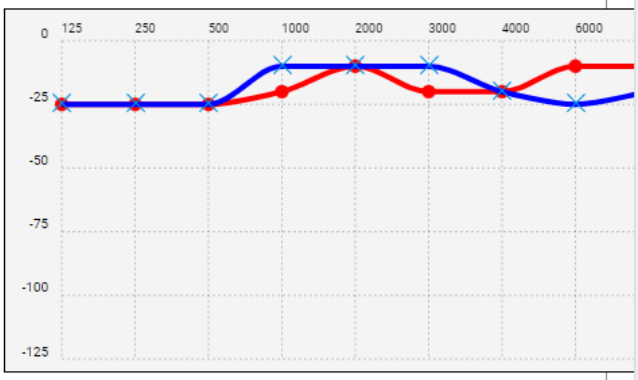
| CARGO: | TIPO EXAMEN: |
|---|---|
| INSTRUCTOR | INGRESO |

## IV - EXPLORACIÓN AUDITIVA

| PABELLÓN AUDITIVO * | CONDUCTO AUDITIVO * | MEMBRANA TIMPÁNICA * |
|---|---|---|
| SIN ALTERACIONES EVIDENTES | SIN ALTERACIONES EVIDENTES | SIN ALTERACIONES EVIDENTES |

## V - AUDIOGRAMA

| AÉREA | | | | ÓSEA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D | | O.I | | O.D | | O.I | |
| Frecuencia (Hz) | Intensidad (dB) | Frecuencia (Hz) | Intensidad (dB) | Frecuencia (Hz) | Intensidad (dB) | Frecuencia (Hz) | Intensidad (dB) |
| | | | | | | | |
| 125 | 25 | 125 | 25 | 125 | | 125 | |
| 250 | 25 | 250 | 25 | 250 | | 250 | |
| 500 | 25 | 500 | 25 | 500 | | 500 | |
| 1000 | 20 | 1000 | 10 | 1000 | | 1000 | |
| 2000 | 10 | 2000 | 10 | 2000 | | 2000 | |
| 3000 | 20 | 3000 | 10 | 3000 | | 3000 | |
| 4000 | 20 | 4000 | 20 | 4000 | | 4000 | |
| 6000 | 10 | 6000 | 25 | 6000 | | 6000 | |
| 8000 | 10 | 8000 | 20 | 8000 | | 8000 | |




| GATISO OÍDO DERECHO * | GATISO OÍDO IZQUIERDO * | OBSERVACIONES AUDIOGRAMA * |
|---|---|---|
| NORMAL | NORMAL | |

## VI - DIAGNÓSTICO

| DIAGNÓSTICO * | OBSERVACIONES DIAGNÓSTICO * |
|---|---|
| AUDICIÓN BILATERAL NORMAL | |

## VII - RECOMENDACIONES

| RECOMENDACIONES * | OBSERVACIONES RECOMENDACIONES * |
|---|---|
| CONTROL PERIODICO POR AUDIOLOGIA; AUTOCUIDADO AUDITIVO | |

## VIII - RESTRICCIONES

| RESTRICCIONES * | OBSERVACIONES RESTRICCIONES * |
|---|---|
| | |

HORA SALIDA DE CONSULTA *

ZADA SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Especialistas en Salud Ocupacional
Nit: 900858795-4
Resolución No.12482 de 30/09/2015

DEPARTAMENTO LABORATORIO CLÍNICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | **24/01/2023** | **ENTIDAD:** | **SENA** |
| **PACIENTE:** | **AIJA BAÑOS** | **GENERO:** | **FEMENINO** |
| **IDENTIFICACIÓN:** | **C.C 57462274** | **EDAD:** | **38 AÑOS** |

## BIOQUÍMICA

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **Glicemia en Ayunas**<br>*Método: Hexoquinasa* | 79.6 mg/dL | 70 – 100 mg/dL |
| **Triglicéridos**<br>*Método: Colorimétrico* | 136.0 mg/dL | Normal: Menor de 150 mg/dL<br>Límite alto: 150 – 199 mg/dL<br>Alto: 200 – 499 mg/dL |
| **Colesterol Total**<br>*Método: Colorimétrico* | 157.8 mg/dL | Aconsejable: Menor de 200 mg/dL<br>Riesgo Moderado: 200 -239 mg/dL<br>Alto: Mayor o igual a 240 mg/dL<br>Muy alto: Mayor o igual a 500 mg/dL |

**Analizado por:**

**Juanita Santos Díaz**
**Bacterióloga UCMC**

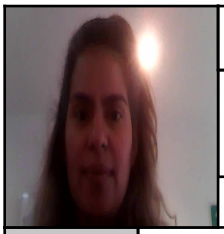
| DEPARTAMENTO LABORATORIO CLINICO | ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS.<br>Especialistas en Salud Ocupacional<br>Nit No. 900.392.930-0 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Resolución No 12482 de 30/09/2015 | | | FECHA | 24/01/2023 | |

| NOMBRE | AIJA BAÑOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| GÉNERO | FEMENINO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 57462274 | EDAD | 38 AÑOS |
| ENTIDAD | SENA | | EXÁMEN | CUADRO HEMÁTICO | |

**CUADRO HEMÁTICO**

| ESTUDIO | RESULTADO | | VALOR DE REFERENCIA | FROTIS DE SANGRE PERIFERICO |
|---|---|---|---|---|
| **PARÁMETRO ERITROCITARIO** | | | | |
| ERITROCITOS | 5.1 | x10^6 /uL | 3.50-5.20 | |
| HEMOGLOBINA | 14.0 | g/dl | 12.0-16.0 | |
| HEMATOCRITO | 44.0 | % | 35.0-49.0 | |
| VCM | 89.0 | fL | 80.0-100.0 | |
| HCM | 30.0 | pg | 27.0-34.0 | |
| CHCM | 33.0 | g/dl | 31.0-37.0 | |
| **PARÁMETRO LEUCOCITARIO** | | | | |
| LEUCOCITOS | 9.1 | x10^3 /Ul | 4.0-12.0 | |
| % NEUTRÓFILOS | 57.0 | % | 50.0-70.0 | |
| % LINFOCITOS | 38.0 | % | 20.0-60.0 | |
| % MONOCITOS | 3.0 | % | 3.0-12.0 | |
| % EOSINÓFILOS | 1.0 | % | 0.5-5.0 | |
| % BASÓFILOS | 1.0 | % | 0.0-1.0 | |
| % CAYADOS | 0.0 | % | 0 | |
| # NEUTRÓFILOS | 7.0 | x10^3 /uL | 2.0-8.0 | |
| # LINFOCITOS | 5.0 | x10^3 /uL | 0.80-7.0 | |
| # MONOCITOS | 0.8 | x10^3 /uL | 0.12-1.20 | |
| # EOSINÓFILOS | 0.2 | x10^3 /uL | 0.02-0.80 | |
| # BASÓFILOS | 0.01 | x10^3 /uL | 0.0-0.10 | |
| **PARÁMETRO PLAQUETARIO** | | | | |
| PLAQUETAS | 353. | x10^3 /uL | 150-450 | |
| OBSERVACIONES | LINEAS CELULARES NORMALES EN NÚMERO Y MORFOLOGÍA | | | |

**Analizado por:**
**Juanita Santos Diaz** — **Bacterióloga UCMC**



DEPARTAMENTO MÉDICO

# ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS

Carrera 64 # 97 - 63 Teléfono: 2530712

Nit No. 900.858.795-4

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Zada SALUD OCUPACIONAL

| Fecha: | 24/01/2023 | Hora Llegada: | 6:14 AM | Hora Salida: | 7:06 AM | Resolución No 12482 de 30/09/2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|

## I - IDENTIFICACIÓN

| NOMBRES Y APELLIDOS: | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AIJA MARINA BAÑOS SIRAN | | | | | EDAD: | 38 |
| Nº DE DOCUMENTO: | 57462274 | FECHA NACIMIENTO: | 18/03/1984 | CIUDAD: | Bogotá D.C. | |
| GÉNERO: | Femenino | DIRECCIÓN: | CR 102 B NO 151 15 | TELÉFONO: | 3012067779 | |
| EMPRESA: | SENA | | | CARGO: | INSTRUCTOR | |

## EXÁMENES PARACLÍNICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OPTOMETRÍA | AUDIOMETRÍA | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | GLICEMIA | PERFIL LIPÍDICO | CUADRO HEMÁTICO |
| TEST PSICOLÓGICO | CARDIOVASCULAR | | | | |

## II - CONCEPTO

| TIPO DE EXAMEN: | INGRESO | SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfermedad general: | si | Otros: | NO | Cuáles: | |

## III- RECOMENDACIONES

. PRACTICAR BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, SIN AZUCAR NI ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL. LA PACIENTE PRESENTA ADECAUDO ESTADO DE SALUD FISICA Y MENTAL, NO PRESENTA ALTERACIONES EVIDENTES A NIVEL CARDIOVASCULAR U OSTEOMUSCULAR.

## IV – RESTRICCIONES

NINGUNA.

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.

| Dr. Alejandro Soler<br>Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo<br>Res.8449-16 | 57462274 |
|---|---|
| FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL | FIRMA Y CÉDULA DEL TRABAJADOR |

# Informe de Selección

**I.DATOS DE IDENTIFICACION:**

APELLIDOS Y NOMBRE AIJA MARINA BAÑOS DURAN

EDAD: 40

SEXO: Femenino

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Postgrado

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Santa Marta, 18 de marzo de 1984

FECHA DE LA EVALUACION: febrero 20 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**.**



CC57462274

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. | 0.589 |
| Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A) | <= 0.690 Seg. | 0.591 |
| Num. Errores | <= 5 Errores | 8 |
| *Reacciones Múltiples* | | |
| Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R) | <= 1.140 Seg. | 0.912 |
| Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A) | <= 1.140 Seg. | 0.912 |
| Num. Errores | <= 7 Errores | 1 |
| *Reacción Al Frenado* | | |
| Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R) | <= 0.750 Seg. | 0.632 |
| *Coordinación Bimanual - Motricidad Fina* | | |
| Tiempo Total de error (T.T.E) | <= 4.830 Seg. | 0.425 |
| Num. Errores | <= 15 Errores | 5 |
| *Velocidad De Anticipación* | | |
| Tiempo Medio de Desviación (T.M.D) | <= 0.830 Seg. | 0.066 |

**Trazabilidad de la Medida**

| Documento | Fecha | Modelo | Serie # | Firmware | Prueba # | Form# | Baremo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC57462274 | 2025-02-20 11:09:35 | AGX-PT3 | 3136 | 2.0.0.18A | | PT3-04 | BPT-2 |

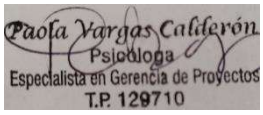
**Observaciones:** El evaluado mostró una conducta colaboradora y concentrada. Tuvo buena disposición, siguiendo las indicaciones y esforzándose de manera regular para mantener un rendimiento apropiado, sin embargo, prestaba minuciosa atención a todos los detalles.

**III. CONDUCTA DURANTE LOS EXÁMENES DEL SUJETO**

El evaluado mostró una conducta colaboradora y concentrada. Tuvo buena disposición, siguiendo las indicaciones y esforzándose de manera regular para mantener un rendimiento apropiado, sin embargo, prestaba minuciosa atención a todos los detalles.

**IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

El candidato arroja un resultado del diagnóstico de su capacidad intelectual al término medio y una capacidad de análisis acorde a su edad. El test fue utilizado de manera reflexiva y tardó 10 minutos en completarla.




**PAOLA VARGAS PSICOLOGA**

**TP. 129710**


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

ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17024:2012
13-CEP-037

Medi-Pruebas Bahia IPS SAS

# CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Según lo establecido por la Resolución 000217 de 2014, expedida por el Ministerio de Transporte
ORGANISMO CERTIFICADOR: MEDIPRUEBAS BAHIA SAS NIT: 900510783 - 1
CENTRO DE EVALUACIÓN: MEDIPRUEBAS 1

| | |
|---|---|
| **Dirección:** | Av Cl 145 # 101 - 12 Local 008 , Bogotá, D.C., Bogotá |
| **Teléfono:** | 601574003 |
| **Habilitación Ministerio Transporte:** | 00 |
| **Sec. Salud - Registro Habilitación:** | 110012392501 |
| **Acreditación:** | 13CEP037 |

## IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



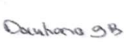
25/09/2024 11:20:01

| | |
|---|---|
| Nombres: | AIJA MARINA |
| Apellidos: | BAÑOS DURAN |
| Tipo Identificación: | CC |
| Nº Identificación: | 57462274 |
| Grupo Sanguíneo y RH: | A + |
| Fecha de Nacimiento: | 1984/03/18 |
| Edad: | 40 |
| Sexo: | F |
| Estado Civil: | Unión libre |
| Nivel Educativo: | Especialización |
| Ocupación: | INDEPENDIENTE |
| EPS: | COMPENSAR |
| Regimen de Afiliación: | Ninguno |
| Dirección: | BOGOTA |
| Teléfono: | 3012067779 |
| Ciudad Residencia: | Bogotá, D.C. |
| Numero de Factura: | 12669 |
| Fecha de Impresion : | 25/09/2024 12:06:01 |

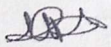
| | |
|---|---|
| Contacto caso de emergencia y/o acompañante: | AIJA BAÑOS |
| Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante): | 3012067779 |
| Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante): | Otro |
| Fecha inicio vigencia: | 25/09/2024 12:04:13 |
| Fecha vencimiento: | 24/03/2025 12:04:13 |
| Reconocimiento: | 12676 |

| | Categoria | Grupo | Concepto | N° Resultado | N° certificado RUNT |
|---|---|---|---|---|---|
| Primera Vez | B1 | Grupo 1 | APTO | A-0255-000014418 | 46518451 |

**CERTIFICA QUE:**
Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud medica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo I, la Resolución 20223040030355 de 2022, Resolución 5228 del 2016 (Ministerio de Transporte) y la NTC ISO/IEC 17024 de 2012 - Por lo que certificamos los resultados obtenidos así:

| Concepto de Optometría | Nombre | R.M: | Huella | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Candidato **apto con restricción** (gafas y/o lentes de contacto), cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7. | JULIETH NIETO NIÑO | 1073686025 |  12/04/2024_14:11:58 |  |
| **Concepto de Fonoaudiología** | **Nombre** | **R.M:** | **Huella** | **Firma** |
| Candidato **apto**, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1. y/o la resolución 20223040030355 de 2022. | KAROL DIAZ MARIMON | 1192921281 |  12/04/2024_14:04:18 |  |
| **Concepto de Psicología** | **Nombre** | **R.M:** | **Huella** | **Firma** |
| Candidato **apto**, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13. | LEIDY GIRALDO BENAVIDES | 251600 |  12/04/2024_14:46:01 |  |
| **Concepto de Medicina General** | **Nombre** | **R.M:** | **Huella** | **Firma** |
| Candidato **apto**, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I. | JOSE VALLE OROZCO | 1706 |  12/04/2024_16:37:49 |  |

| Concepto Final | Trámite - Categoria |
|---|---|
| Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I | Primera Vez B1 |
| **(Código) Restricciones - Observación** | |
| (1) Conducir con lentes | |
| **Observaciones / Vigencia** | |
| **Limitaciones fisicas progresivas** | **Fecha Vigencia** |



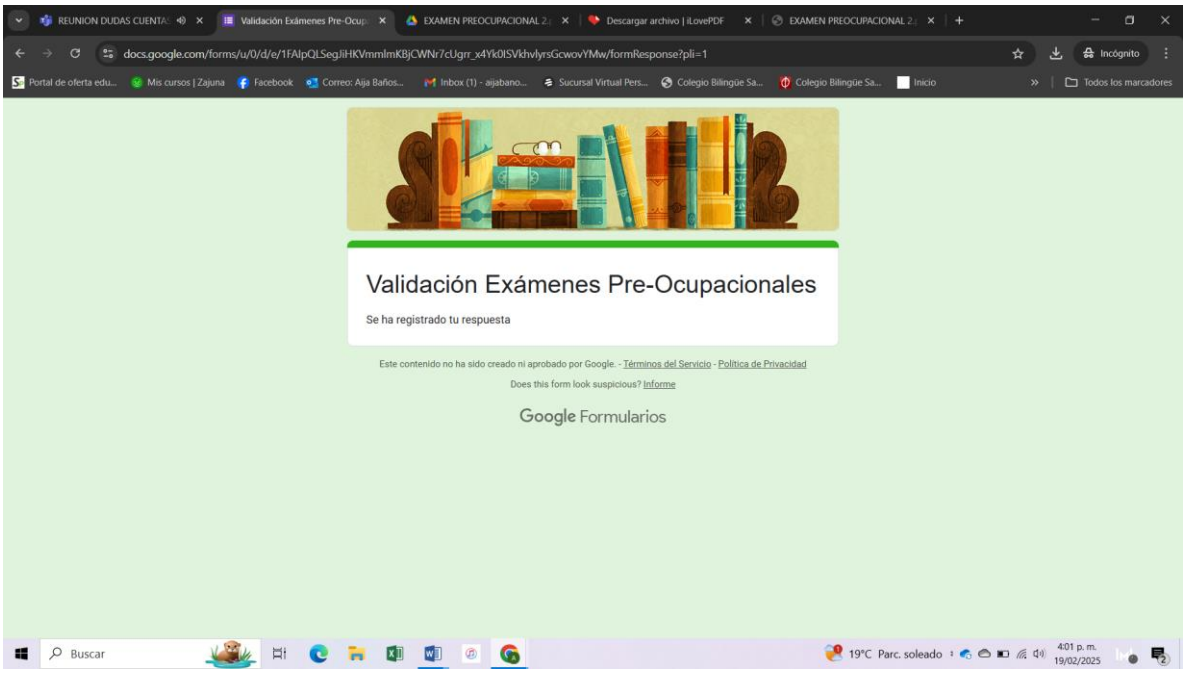
**Firma Profesional Certificador**
NATALIA PERDOMO ARISTIZABAL **RM:** 101445
Declaro bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad medica del usuario.

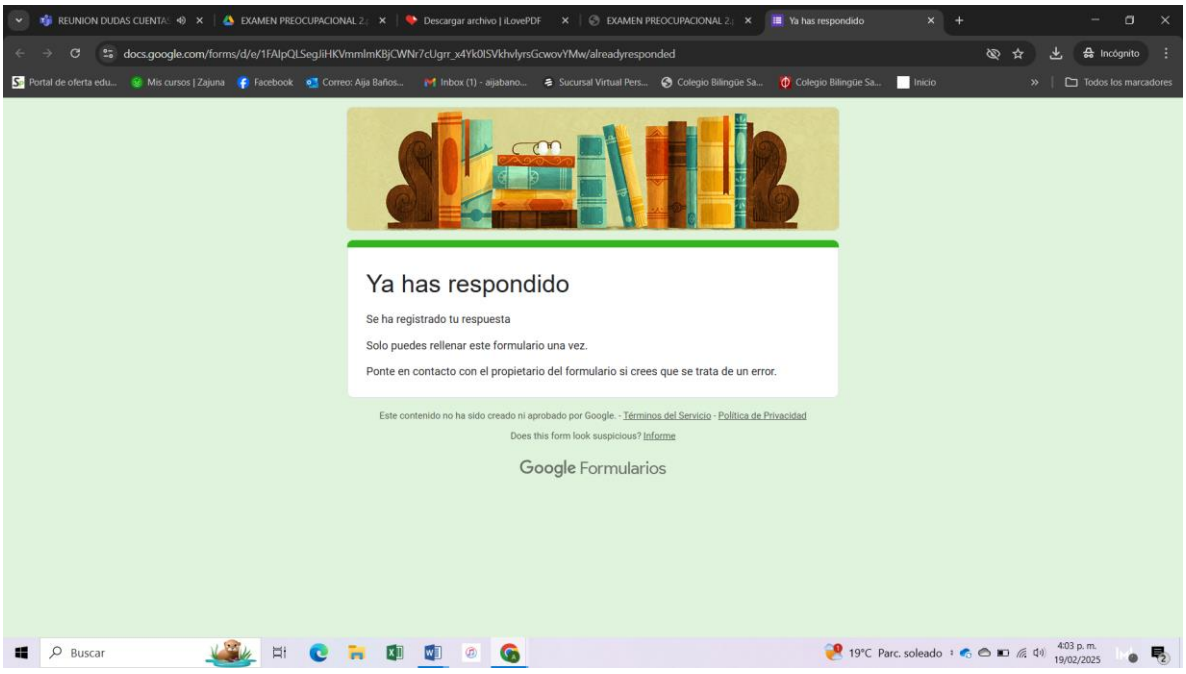

12/04/2024_14:50:05
**Huella Profesional**

**Firma Usuario Certificado**
Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploracion y la entrevista de antecedentes referidos al historial medico o diagnostico clinico, corresponden extrictamente apego a verdad

Vigencia del Certificado: este certificado tiene vigencia de seis(6) meses según lo establecido en la resolución 1298 de 2018 del Ministerio de Transporte
Conforme a ley se da cumplimiento a la ley 527 acorde a la resolución 3100 Numeral 11.1.6 Estándares de Historia Clínica y Registros.

Powered by CamScanner


REUNION DUDAS CUENTA
Validación Exámenes Pre-Ocup
EXAMEN PREOCUPACIONAL 2
Descargar archivo | iLovePDF
EXAMEN PREOCUPACIONAL 2
docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSegJiHKVmmlmKBjCWNr7cUgrr_x4Yk0ISVkhvlyrsGcwovYMw/formResponse?pli=1
Incógnito
Portal de oferta edu...
Mis cursos | Zajuna
Facebook
Correo: Aija Baños...
Inbox (1) - aijabano...
Sucursal Virtual Pers...
Colegio Bilingüe Sa...
Colegio Bilingüe Sa...
Inicio
Todos los marcadores
Validación Exámenes Pre-Ocupacionales
Se ha registrado tu respuesta
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Términos del Servicio - Política de Privacidad
Does this form look suspicious? Informe
Google Formularios
Buscar
19°C Parc. soleado
4:01 p. m.
19/02/2025


REUNION DUDAS CUENTA
EXAMEN PREOCUPACIONAL 2
Descargar archivo | iLovePDF
EXAMEN PREOCUPACIONAL 2
Ya has respondido
docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSegJiHKVmmlmKBjCWNr7cUgrr_x4Yk0ISVkhvlyrsGcwovYMw/alreadyresponded
Incógnito
Portal de oferta edu...
Mis cursos | Zajuna
Facebook
Correo: Aija Baños...
Inbox (1) - aijabano...
Sucursal Virtual Pers...
Colegio Bilingüe Sa...
Colegio Bilingüe Sa...
Inicio
Todos los marcadores
Ya has respondido
Se ha registrado tu respuesta
Solo puedes rellenar este formulario una vez.
Ponte en contacto con el propietario del formulario si crees que se trata de un error.
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Términos del Servicio - Política de Privacidad
Does this form look suspicious? Informe
Google Formularios
Buscar
19°C Parc. soleado
4:03 p. m.
19/02/2025