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 DISEÑO METROLOGÍA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921610**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**12152-640424**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FABIO HERNAN ESPEJO COBOS	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.514.880	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	fespejoc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	009370100340
IP/Nº de contacto:		**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:	7447303/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**3925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PSP EN FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y/O ÁREA TEMÁTICA EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADOS Y/O COMPLEMENTARIOS, MODALIDAD PRESENCIAL, PROGRAMADOS POR EL CDM PARA LA VIGENCIA 2025

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2025 Al 31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.921.891
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.141.549
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.322.380

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.049.411**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9483239768**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.423.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 178.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 227.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 7.500
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	$ 1.016.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 702.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.049.411,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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)	635.202,00	
VALOR A PAGAR	**$3.924.943,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2950318 EFECTUAR MEDICIONES DE PRESIÓN EN PROCESOS Y PRODUCTOS SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE

FICHA 2670699 EVALUAR DATOS DE CALIBRACIÓN DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS TÉCNICOS.

FICHA 2670699 AUDITAR SISTEMA DE GESTIÓN DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y NORMATIVA VIGENTE.

FICHA 2670699 EVALUAR DATOS DE CALIBRACIÓN DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS TÉCNICOS.

FICHA 3064236 EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES DEL PROCESO Y EL PRODUCTO DE ACUERDO CON NORMATIVA VIGENTE.

FICHA 2932422 APLICAR MÉTODOS DE MEDICIÓN DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS DE MEDICIÓN DEL PROCESO

FICHA 2932422 EFECTUAR MEDICIONES DE PRESIÓN EN PROCESOS Y PRODUCTOS SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE

FICHA 2950318 APLICAR MÉTODOS DE MEDICIÓN DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS DE MEDICIÓN DEL PROCESO

ficha 3064244 REALIZAR MEDICIONES EN LA MAGNITUD LONGITUD CON INSTRUMENTOS

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

FABIO HERNAN ESPEJO COBOS
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,

EDGAR AURELIO GELVES ALBARRACIN
INSTRUCTOR

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
JOSE RICARDO PEREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

28/04/25 10:33:14 USUARIO: SIC - C.C. 79514880

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 79514880		ESPEJO COBOS FABIO HERNAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagoanl 15 a # 91 - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4272224	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1346254884	9483239768	I	2025/03/19	2025/03/18	BANCOLOMBIA	0	$545,200

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)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$1,839,804	$11,100			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$1,839,804	$11,100			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$1,839,804	$11,100			$1,839,804	$9,700		$0	$0
1	CC 79514880	ESPEJO FABIO	25-14	30	$1,839,804	$294,400	EPS002	30	$1,839,804	$230,000	CCF24	30	$1,839,804	$11,100	14-23	30	$1,839,804	$9,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$1,839,804	$11,100			$1,839,804	$9,700		$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 79514880		ESPEJO COBOS FABIO HERNAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagoanl 15 a # 91 - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4272224	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1346254884	9483239768	I	2025/03/19	2025/03/18	BANCOLOMBIA	0	$545,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,100	$0	$0	$11,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$11,100	$0	$0	$11,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$545,200	$0	$0	$545,200

Bancolombia

Comprobante en línea

18 marzo 2025 15:52:00

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1346254884

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
190.26.175.226

Fecha
18 marzo 2025 15:52:00

Referencia 2
CC

Número de factura
9483239768

Referencia 3
79514880

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9483239768

Valor del Pago
$545,200

Número de comprobante
TR1551114884

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 6092**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Av. Cra. 68 No. 17 - 82, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-02-22	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	FABIO HERNAN ESPEJO COBOS		Identificación CC	Nro 79514880	
Fecha de Nacimiento	1970-01-15	**Edad**	53	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-02-22 09:00:49	**Fecha Salida**	2023-02-22 11:19:04		

EXAMENES

ENFASIS CARDIOVASCULAR	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	PSICOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA — SI

Observaciones:
CONTROL EN EPS

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

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 de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Zulma Quimbayo Z.
Médico Esp. Salud Ocupacional
Licencia 5219

ZULMA YAMILE QUIMBAYO ZAMBRANO
RM: 52194867
Firma y sello del médico

FABIO HERNAN ESPEJO COBOS
CC 79514880
Firma del trabajador

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-02-22

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FABIO HERNAN ESPEJO COBOS		
Identificación	CC	**No. Documento**	79514880
Fecha de Nacimiento	1970-01-15	**Edad**	53 años 1 meses 7 dias
Sexo	M	**Empresa**	PACIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-02-22 08:00:00	**Sede**	CENDIATRA OCCIDENTE

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	93	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126

ANALISIS

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

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	5.0	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	13.3	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	40.7	%	36.0-52.0%
VCM	81	fl	76-96fl
HCM	26.4	pg	27.0-32.0pg
CHCM	32.7	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	14.6	%	<15.0%
LEUCOCITOS	6.460	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	49.8	%	50-70%
LINFOCITOS	44.9	%	25-40%
MIXTAS	5.3	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	3.210	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	2.900	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	340	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	191.000	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	211	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	310	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	53	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	96	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Cendiatra

Shirley Karina Cáceres Cáceres
Microbióloga y Bioanalista
RES. 10053

SHIRLEY KARINA CACERES
1096951185
Firma y sello del médico evaluador

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-02-22

HSEQ UNIDADMEDICA LABOR VITAL

23-CEP-051 del 01/11/2023

Vigilado SuperTransporte

CERTIFICADO NO. 2024-001099

NTC ISO IEC 17024:2013 23-CEP-051

Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 1177 | **RUNT No:** 47279360 | **Fecha de Expedición:** 20/12/2024 | **Fecha de Vencimiento:** 18/06/2025

HSEQ UNIDAD MEDICA LABOR VITAL
Dirección: CRA 103 A # 17 A 44 - BOGOTÁ
NIT: 9008917851 | **Teléfono:** 6013458470
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110012947001
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte:



Huella izquierda



Huella derecha



20/12/2024 10:58:15 a. m.

Información del Candidato

Nombre: FABIO HERNAN ESPEJO COBOS
Fecha de nacimiento: 15/01/1970
Documento: CC 79514880

Ocupación: Ingeniería/Técnico
Teléfono: 0

Dirección: KR 32 3 78
Gs/Rh: A+

Información del Responsable

Nombre: YUDITH CAÑON

Teléfono/Celular: 3112811522

Parentesco: PRIMA

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **HSEQ UNIDADMEDICA LABOR VITAL**propietaria del **HSEQ UNIDAD MEDICA LABOR VITAL**

Certifica Ante las Autoridades de Tránsito

Alcance Territorial

El definido por el Ministerio de Transporte y publicado en el Registro Único Nacional de Transporte (RUNT) en el campo de Información Certificados Médicos/Organismo de Tránsito.

1. Que el candidato solicitó ser evaluado y certificado conforme a nuestro esquema de certificación de la aptitud física, mental y coordinación motriz (desarrollado en apego a la Resolución 217 de 2014 del Ministerio de Transporte y sus anexos), bajo las siguientes caracteristicas:

Alcance de Certificación

Grupo de Categorías	Categoría	Servicio	Tipo de Trámite
Grupo 2	C1	PUBLICO	Refrendación

2. Que basado en la información del "Informe de evaluación de la aptitud física, mental y coordinación motriz", se verificó si los resultados obtenidos por el candidato dan cumplimiento a los criterios de aprobación del esquema de certificación y se encuentran dentro de los parámetros y límites establecidos en el anexo 1 de la Resolución 217 de 2014 del Ministerio de Transporte.

3. Que conforme a lo anterior, se concluye que el candidato posee la aptitud física, mental y de coordinación motriz que se requiere para conducir un vehículo en los siguientes términos:

Categoría: C1
Resultado de proceso de certificación: APROBADO
Atestación de certificación: APTO
Restricciones, limitaciones o adaptaciones:

4. Que según lo establecido en la misma resolución, se le practicaron los exámenes:

- Evaluación de Capacidad Visual, con resultado: APTO
- Evaluación de Capacidad Auditiva, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Física General, con resultado: APTO.

Observaciones: EL CANDIDATO CUMPLIO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO 1 DE LA RESOLUCIÓN 217 DE 2014 Y LA RESOLUCIÓN 20223040030355 DE 2022, SIN RESTRICCIONES

Certificador:
DANY ALEJANDRA MORENO VELA

N° de tarjeta profesional:
281319

Firma y Huella del Certificador

Firma

Huella

Firma del evaluado

"Declaro bajo la gravedad de juramento, que he participado en todo el proceso de certificación de conductores y que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente apego a la verdad. Declaro que he recibido a conformidad el Certificado expedido por el Centro de Reconocimiento de Conductores y que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el cual se otorgó la certificación."

Vigencia del Certificado: 180 Días Calendario