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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**09699-723598**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FREDY RENE DIAZ HERNANDEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	13.956.216	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	frediazh@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	10052731120
IP/Nº de contacto:		**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 2025**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9180540/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**41126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026 Al 31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.422.506
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.685.009

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.140.497**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**85055033**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.900	$ 9.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.141.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 3370200 TGE NOCHE Tri Se impartieron conocimientos en la competencia Proyectar el mercado

Ficha 3372430 Se impartieron conocimientos en la competencia servicio al cliente

Ficha 3394426 Se impartieron conocimientos en la competencia Proyectar el mercado

Ficha 3403537 Se impartieron conocimientos en la competencia Proyectar el mercado

Ficha 3370200 Se impartieron conocimientos en la competencia Facilitar el servicio a los clientes - TGE

Se presta apoyo a la coordianciòn en la actividad de entrevistas a aspirantes de aprendices fase II

Se presta apoyo a la coordianciòn en la actividad de revisiòn de entregables

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

FREDY RENE DIAZ HERNANDEZ
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,

Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.05.14 16:31:19 -05'00'

NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

14/05/26 10:43:34 USUARIO: SIC - C.C. 13956216

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-14, 09:34:46 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 85055033

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026

PAGADO 13/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FREDY RENE DIAZ HERNANDEZ		
Documento	CC13956216	**Dirección**	CRA 87A N 127 - 59 INT 4 CASA 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3213257359
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 13956216	FREDY RENE DIAZ HERNANDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.894.999	$ 303.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.894.999	$ 236.900	1,044	$ 1.894.999	$ 19.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 559.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 0	$ 303.200	$ 236.900	$ 19.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 559.900	$ 2.900	$ 562.800

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 ·
Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

YEROVA OCUPACIONAL SAS
NIT. 900.889.143-5
Yeny Cecilia Rodríguez Valle
Médico Especialista En Salud Ocupacional
Y Riesgos Laborales
Licencia 03106 Cel. 311 592 22 24

CIUDAD Y FECHA: Octubre 19- 2024.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:	Fredy René Diaz Hernandez
IDENTIFICACION:	13.936.216 52 años
NOMBRE EMPRESA:	Sena
EMPRESA EN MISION:	
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)	contratista

EVALUACION REALIZADA

TIPO DE EXAMEN MEDICO		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
INGRESO	☒	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	☐	OPTOMETRIA	☐
EGRESO	☐	AUDIOMETRIA	☐	Glicemia LABORATORIOS	☒
POSTINCAPACIDAD	☐	VISIOMETRIA	☒	PRUEBA DE VERTIGO	☐
PERIÓDICO	☐	ESPIROMETRIA	☐	PRUEBA NEUROLOGICA	☐
ALTURAS	☐	Enfasis: Musculoesquelético		psicosocial	☒

ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

AT: SI__ NO__ FECHA: _____ EP: SI__ NO__ FECHA: _____

CONCEPTO

APTO SIN PATOLOGIA APARENTE	☒
APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR	☐
APTO CON RESTRICCIÓN:	☐
APLAZADO:	☐
NO APTO:	☐
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR	☐
SE SUGIERE REUBICACION LABORAL	☐
EXAMEN DE RETIRO NO SATISFACTORIO CON EVIDENCIA DE ENFERMEDAD	☐
EXAMEN DE RETIRO SATISFACTORIO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE ORIGEN OCUPACIONAL	☐
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐
NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐

EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO (diligencia solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad

Físicos: Ruido__ Iluminación___ Temperatura Extrema__ Radiación ionizante_ Radiación no ionizante__ Vibración__ Presión__
Químicos: Polvos__ Gases__ Vapores__ Líquidos__ Humos__ Nieblas__ Rocíos__
Ergonómicos: Trabajo estático__ Esfuerzo físico__ Manipulación de Cargas__ Posturas Forzadas__Movimientos Repetitivos✓
Psicosociales: Contenido de la tarea✓ Organización del tiempo de trabajo✓Relaciones humanas✓ Gestión__
Biológicos: Virus✓ Bacterias __Parásitos__ Hongos__Contactos con fluidos humanos__ Contacto con piezas anatómicas_
Mecánicos: Mecanismos en Movimiento__ Proyección de Partículas__ Manejo de Herramientas__ Equipos y Elementos a presión__
Público: Inseguridad Social__ Violencia__ Trabajo en la calle__
Locativo: Superficies de Trabajo__ Distribución de áreas de trabajo__ Falta de orden y aseo__
Eléctrico: Alta Tensión__ Baja Tensión__ Electricidad estática__

HALLAZGOS DE RELEVANCIA OCUPACIONAL

Astigmatismo

RECOMENDACIONES (diligencie solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad)

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	☒	Valoración por EPS:
CAPACITACIONES SALUD OCUPACIONAL	☒	_____
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	☒	_____
		_____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

NOMBRE TRABAJADOR:	NOMBRE MEDICO: Yeny Rodríguez Valle
FIRMA:	FIRMA:
CEDULA:	LICENCIA OCUPACIONAL 06823

Yeny C. Rodríguez V.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Licencia 06823

Powered by CamScanner

ISO/IEC 17024:2012
22-CEP-039

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: AMBIENTSALUD SAS NIT: 901379431 - 7
CENTRO DE EVALUACIÓN: AMBIENTSALUD SAS

Dirección:	Calle 9 # 8 - 25 Piso 1 , Barbosa (Santander), Santander
Teléfono:	3203173766
Habilitación Ministerio Transporte:	0000000
Sec. Salud - Registro Habilitación:	680777051501
Acreditación:	22CEP039

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



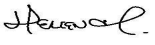
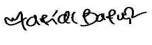
12/11/2024 9:34:23

Nombres:	FREDY RENE
Apellidos:	DIAZ HERNANDEZ
Tipo Identificación:	CC
Nº Identificación:	13956216
Grupo Sanguineo y RH:	A +
Fecha de Nacimiento:	1972/01/22
Edad:	53
Sexo:	M
Estado Civil:	Divorciado(a)
Nivel Educativo:	Especialización
Ocupación:	INSTRUCTOR SENA
EPS:	SURA
Regimen de Afiliación:	Contributivo
Dirección:	CLL 11 N 5 91
Teléfono:	3213573593
Ciudad Residencia:	Vélez
Numero de Factura:	4954
Fecha de Impresion :	06/05/2025 9:02:27

Contacto caso de emergencia y/o acompañante:	YESID DIAZ
Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):	3192473800
Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):	Hermano
Fecha inicio vigencia:	12/11/2024 10:18:23
Fecha vencimiento:	11/05/2025 10:18:23
Nº de Reconocimiento:	6127

Trámite	Categoria	Grupo	Concepto	N° Resultado	N° certificado RUNT
Refrendación	C1	Grupo 2	APTO	A-0199-000008191	46893653

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**, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7. 12/11/2024 09:54 - 12/11/2024 09:58	SOR MARTINEZ RODRIGUEZ	1360CTNPO	 27/09/2023_8:36:00	
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. la resolución 20223040030355 de 2022. 12/11/2024 10:02 - 12/11/2024 10:09	LAURA LOBO RAMOS	008968	 27/09/2023_8:27:00	
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. 12/11/2024 09:35 - 12/11/2024 09:51	MARIA BARAJAS URIBE	215209	 18/10/2024_8:09:26	
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. 12/11/2024 10:10 - 12/11/2024 10:13	WILSON ABRIL DIAZ	15933	 27/09/2023_9:45:14	

Concepto Final	**Trámite - Categoría**
Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I Resolución 20223040030355 de 2022	Refrendación C1
(Código) Restricciones - Observación	
Observaciones / Vigencia	
Limitaciones físicas progresivas	**Fecha Vigencia**



Firma Profesional Certificador
LUZ ALZA OLAVE **RM:** 149979
Declaro bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad medica del usuario.



27/09/2023_9:58:10
Huella Profesional

Firma Usuario Certificado
Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnostico clínico, corresponden extrictamente apego a la 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.

JENIFFER TIRADO CENTRO VISUAL

TU VISION NUESTRA MISION
REGIMEN SIMPLIFICADO Nit: 1101759680-4
CRA6·9-57 LOCAL 2
3123256320 - 3134449414

HISTORIA CLINICA
Fecha: 2025-05-07
Codigo F-03
Version 1

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: FREDY RENE DIAZ HERNANDEZ — C.C: 13956216
DIRECCION: CALLE11#5-91 — TELEFONO: 3213573593
CIUDAD O MUNICIPIO: VELEZ SANTANDER — EDAD: 53 AñOS — OCUPACION:

HISTORIA CLINICA

FECHA: VIERNES 18 DE OCTUBRE DE 2024 — HORA: 09:10:00

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA	SINTOMAS
EXAMEN DE INGRESO	NO REPORTA
ANTECEDENTES OCULARES	**ANTECEDENTES FAMILIARES**
USUARIO DE CORRECCION OPTICA, NO LAS TRAE A CONSULTA	NO RPEORTA
ANTECEDENTES GENERALES	**MEDICAMENTOS**
NO RPEORTA	NO REPORTA

OBSERVACIONES

LENSOMETRIA

OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	A.V.	D.P.	TIPO DE LENTE
OD							
OI							

VISION PROXIMA

ESFERA O.D: — ESFERA O.I:

AGUDEZA VISUAL

SIN CORRECCION

	V LEJANA	ESTENOIPEICO		V PROXIMA	OBSERVACIONES
O.D	20/20		O.D	1.0M	
O.I	20/30		O.I	1.25M	

CON CORRECCION

	V LEJANA	ESTENOIPEICO		V PROXIMA	OBSERVACIONES
O.D			O.D		
O.I			O.I		

COVER TEST

VISION LEJANA	VISION PROXIMA
ORTHOFORICO	ORTHOFORICO

JENIFFER TIRADO CENTRO VISUAL

TU VISION NUESTRA MISION

REGIMEN SIMPLIFICADO Nit: 1101759680-4

CRA6·9-57 LOCAL 2

3123256320 - 3134449414

HISTORIA CLINICA

Fecha: 2025-05-07

Codigo F-03

Version 1

ANALISIS REFRACCION

RETINOSCOPIA ESTATICA OD				RETINOSCOPIA ESTATICA OI			
ESFERA	CILINDRO	GRAGOS	A.V.L.	ESFERA	CILINDRO	GRAGOS	A.V.L.
N			20/20	+0.25	-1.25	90	20/20

CICLOPLEJIA OD				CICLOPLEJIA OI			
ESFERA	CILINDRO	GRAGOS	A.V.L.	ESFERA	CILINDRO	GRAGOS	A.V.L.

OFTALMOSCOPIA

OFTALMOSCOPIA OD	OFTALMOSCOPIA OI
EXC: 0.2 POLO POSTERIOR NORMAL	EXC: 0.2 POLO POSTERIOR NORMAL

BIOMICROSCOPIA

BIOMICROSCOPIA OD	BIOMICROSCOPIA OI
SEGMENTO ANTERIOR NORMAL Y SANO	SEGMENTO ANTERIOR NORMAL Y SANO

RX FINAL

OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	PRISMA	A.V.	D.P.
OD	N			+2.25		20/20	
OI	+0.25	-1.25	90	+2.25		20/20	

VISION PROXIMA

ESFERA O.D:

ESFERA O.I:

LENTES

DERECHO: NO EXISTE ARTICULO

IZQUIERDO NO EXISTE ARTICULO

FILTROS AR HIDROFOBICO

USO REC. PERMANENTE

PRUEBA AMBULATORIA: SATISFACTORIA

CONTROL Sabado 18 de Octubre de 2025

Doctor: JENIFFER NATALIA TIRADO GUTIERREZ

Registro 1101759680

IMPRESION DIAGNOSTICA

CIE-10	DIAGNOSTICO
H522 - ASTIGMATISMO	ASTIGMATISMO

DIAGNOSTICO GENERAL

1. ASTIGMATISMO OI 2. PRESBICIE AO

13/05/2025

Centro de Reconocimiento de Conductores Regional Barbosa. S.A.S

CRC

CERTIFICADO

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES REGIONAL BARBOSA SAS NIT 901555542-0
Acreditación ONAC 22-CEP-068
Registro Secretaría de Salud 6807770589
CARRERA 8 No 6 - 32 L2 BARBOSA (SANTANDER) Tel 3203359238

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

Fecha de Certificación: 2025-05-13 Fecha Vencimiento: 2025-07-13
Tipo Documento: CC
Identificación: 13.956.216 - Vélez
Nombre persona certificada: FREDY RENE DIAZ HERNANDEZ
Dirección Residencia: CL 11 # 5-91 - Vélez, Santander
Teléfono: 3213573593
Grupo Sanguíneo y RH: A+
Grupo 2: Categoria C1: AUTOMOVILES, CAMPEROS, CAMIONETAS Y MICROBUSES DE SERVICIO PUBLICO.



El centro de Reconocimiento de Conductores habilitado por el Ministerio de Trasporte para la expedición el certificado de aptitud física, mental y coordinación motora. Prestador de Servicios de Salud Autorizado

CERTIFICA

Que la persona fue evaluada bajo la NTC-ISO/IEC 17024 de 2013 y bajo los parámetros del anexo (1) de la Resolución 0217 del 31 de enero de 2014 del y que según lo establecido en la misma resolución para la categoría solicitada y la información registrada en el informe de evaluación se decide que la persona es

1. CAPACIDAD VISUAL
2. CAPACIDAD AUDITIVA
3. SISTEMA LOCOMOTOR
4. SISTEMA CARDIOVASCULAR
5.TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS
6. SISTEMA RENAL
7. SISTEMA RESPIRATORIO
8. ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS SUSTANCIAS
9. SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR
IO. TRANSTORNOS MENTALES Y DE CONDUCTA
11. TRANSTORNOS RELACIONADOS CON
12. APTITUD PERCEPTIVO-MOTORA
13.0TRAS CAUSAS QUE ANTES NO SE ESPECIFICARÓN

APTO

Nota: La información contenida en el informe de evaluación de los resultados de las trece (13) exploraciones soporta la presente decisión de certificación, siendo este documento entregado a solicitud de la persona certificada.

Firma profesional Certificador
PAULA ANDREA ARIZA CAMPOS

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 01 centro de reconocimiento de conductores y que no presentaron declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el cual so otorgo la certificación,

NOTA: Vigencia de 60 días calendario para tránsito ante 01 organismo de tránsito.



Índice Izquierdo

2025-05-13.



Índice derecho

2025-05-13.