

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

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

Código Regional

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

25

951310

Mayo de 2026

ENERO - 1,26

10379-095821

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:

Cédula de Ciudadanía

Correo electrónico:

IP/Nº de contacto:

Inducción SST:

Régimen del IVA:

DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES

35.196.049

djbernal@sena.edu.co

SI

NO RESPONSABLE

Banco a consignar:

Tipo de cuenta:

Número de Cuenta:

Presta Servicios Excluidos de IVA:

Pertenece al régimen simple de tributación:

Es declarante de renta por el año gravable 2025

BANCOLOMBIA

AHORROS

33788646190

NO

NO

NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?

Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600

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)

¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?

Concepto del pago corresponde a:

TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

NO

NO

NO

NO

Ninguno

0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:

Nº Compromiso SIIF

Número de pagos durante la vigencia del contrato

9115134/2026

2472

11

OBJETO CONTRACTUAL:

(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del

01/05/2026

Al

31/05/2026

Saldo Anterior del Contrato:

\$ 27.102.855

Número de pago

4

Valor Total del Contrato:

\$ 37.724.244

Valor Bruto Pago:

\$ 3.662.548,00

Nuevo Saldo del Contrato:

\$ 23.440.307

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

\$ 3.662.548

Ninguno

0,00%

Ingresos por comisiones

\$ 0

Retencion en la Fuente del Periodo

\$ 0

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO

\$ 3.662.548

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

\$ 0

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 2.365.248

\$ 0

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

6016026301

Base retención en la fuente a titulo de RENTA

2.365.248,00

TARIFA

Ingreso Base de Cotización - IBC

\$ 1.750.905

\$ 1.750.905

Base retención en la fuente a título de ICA

3.163.448,00

Aporte obligatorio a seguridad social salud

\$ 218.900

\$ 218.900

Valor base IVA

0,00

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

\$ 280.200

\$ 280.200

IVA (Si es RESPONSABLE

0,00

19%

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

\$ -

\$ 0

Menos Retención en la Fuente

0,00

0,00%

ARL

I

\$ 9.200

\$ 9.200

Menos Retencion IVA

0,00

15%

Reteica - 8299 - CHIA

25.308,00

0,800%

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%

\$37.927.505

\$ 789.000

0,00

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.

\$ 2.275.000

Retención en la Fuente Contingente

\$

Descuentos de embargo (Si tiene)

0,00

VALOR A PAGAR

\$3.637.240,00

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

se realizo formacion en la ficha 3487390 de cuidado estetico de manos y pies en cogua

se realizo apoyo la formcion de la ficha 3410858 de peluqueria en cajica

por solicitud del cordinador se realizo acercamiento via correo con la fundacion que solicito curso complementaio

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

DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES
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,

JOSE ALVARO HERNANDEZ VELOZA
INSTRUCTOR G20

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

GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

141194079171



(415)7707212489984(8020) 0000141194079171

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

3 5 1 9 6 0 4 9

9

Impuestos de Bogotá

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

3 5 1 9 6 0 4 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Chía

1 7 5

31. Primer apellido

BERNAL

32. Segundo apellido

BARRANTES

33. Primer nombre

DELLY

34. Otros nombres

JANETHE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Chía

1 7 5

41. Dirección principal

CR 10 9 58 LC

42. Correo electrónico janeth123bernal@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 7 0 3 3 5 5 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

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

49. No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19

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

☒

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 BERNAL BARRANTES DELLY JANETHE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 35196049
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 14 A # 14 99	TELÉFONO: 8624906
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6016026301	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	1	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 306240974

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

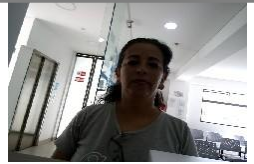
LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 294.700
SUBTOTAL:			1	\$ 294.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	\$ 230.200
SUBTOTAL:			1	\$ 230.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.800
SUBTOTAL:			1	\$ 9.800

VALOR SIN MORA:	\$ 534.100
VALOR MORA:	\$ 600
TOTAL PAGADO:	\$ 534.700

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S.
NIT: 901214786-8



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35196049-15714

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30 jul. 2025 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES	Identificación:	35196049
Género	FEMENINO Edad: 46	Teléfono	00 Móvil: 3217033558
Fecha Nacimiento:	11/07/1979	Cargo:	INSTRUCTOR (A) SENA
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	NO REPORTA
Dirección	CARRERA 14 A 14 99	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TEST DE WARTEGG	SE PERCIBE CENTRADA Y CUIDADO POR EL DETALLE EN SUS ACCIONES. MUESTRA GUSTO E INTEGRACIÓN A GRUPOS DE TRABAJO, ACTITUD DE SERVICIO PRESENTE. GUSTA MOSTRAR SU TRABAJO, ATENTA A CAMBIOS Y ENCAMINADA A LLEVAR A CABO LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS. MUESTRA LEVE ANSIEDAD CANALIZADA EN LA EJECUCIÓN DE SUS LABORES. CREATIVIDAD NORMAL. SE OBSERVA SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES Y CONSULTA SOBRE ESTAS CUANDO NO SON CLARAS.
OPTOMETRIA	FUNCIONAL PARA ACTIVIDAD. SE RECOMIENDA VALORACION OFTALMOLOGIA. CONTROL 6 MESES.
GLICEMIA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD
ANEXO OSTEOMUSCULAR	EVALUACION OSTEOMUSCULAR: ADECUADA MOVILIDAD ARTICULAR. NO LESIONES OSTEOMUSCULARES; FUERZA CONSERVADA. HALLAZGOS CLINICOS DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD.
MEDICINA OCUPACIONAL	1. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. 2. VALORACION POR OFTALMOLOGIA POR EPS. 3. CONTROL POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICION A TRAVES DE EPS. PACIENTE CON ALTERACION DEL ESTADO NUTRICIONAL. 4. ESTILO DE VIDA SALUDABLE: REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA: (TIEMPO MÍNIMO A LA SEMANA 150 MINUTOS); CONTROL DE PESO, DIETA BAJA EN SODIO. 5. MEDIDAS PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS: LAVADO FRECUENTE DE MANOS, USO DE TAPABOCAS SI PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, 6. CONSULTA OPORTUNA A LOS SERVICIOS DE SALUD.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES AL TRABAJADOR:

1. USE ADECUADAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
2. CONSERVE POSTURAS ERGONOMICAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS
3. REPORTE OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES
4. PARTICIPE ACTIVAMENTE EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CAPACITACIONES PROPIAS DEL SISTEMA DE MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES A LA EMPRESA:

1. SUMINISTRE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) NECESARIOS PARA DESARROLLO DEL CARGO.
2. PERMITA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
3. BRINDE EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.
4. CAPACITE SOBRE LOS RIESGOS DEL CARGO A DESEMPEÑAR Y ACCIONES PARA PREVENIR ACCIDENTABILIDAD.'

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
BIOMECÁNICO - ERGONÓMICO	-	PPyP
CARDIOVASCULAR	-	PPyP
VISUAL	-	SVE

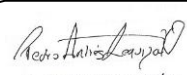
Información de Remisiones

MÉDICA GENERAL EPS	CONTROL DE PESO
NUTRICION	-
OFTALMOLOGIA	VALORACION POR EPS.

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

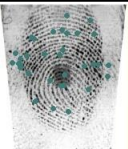
De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado Si autorizo a INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.

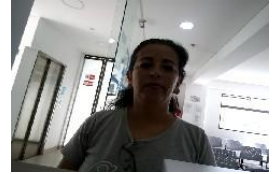



Médico Especialista en Salud Laboral
PEDRO ANDRES LEGUIZAMON QUIROGA
RM. 25621-2014 LIC SST 1000/22



Firma y cédula del Paciente
DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES
35196049



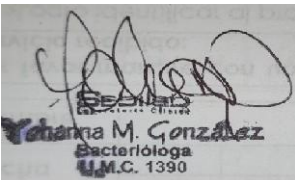
Informe de Laboratorio: 0

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30/07/2025	CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO	
Paciente:	DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES		Identificación:	35196049	
Género:	FEMENINO	Edad: 46	Teléfono:	00	Móvil: 3217033558
Fecha Nacimiento:	11/07/1979		Cargo:	INSTRUCTOR (A) SENA	
Estado Civil:	SEPARADO		EPS:	NO REPORTA	
Dirección:	CARRERA 14 A 14 99		Escolaridad:	TÉCNICO	
Empresa:	PARTICULAR				

EXAMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	76.2mg/dl	70-110 mg/dl	



YOHANNA MARIA GONZALEZ VARGAS 34561986
Profesional

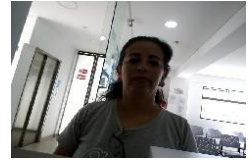


DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES
Firma y cédula del Paciente



35196049

EXAMEN OPTOMETRIA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 30/07/2025 CHIA
Paciente: DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES
Género: FEMENINO **Edad:** 46
Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 35196049
Teléfono: 00 **Móvil:** 3217033558
Fecha Nacimiento: 11/07/1979
Estado Civil: SEPARADO
Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA
EPS: NO REPORTA
Escolaridad: TÉCNICO
Dirección: CARRERA 14 A 14 99
Empresa: PARTICULAR

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N **Última Evaluación :** 0
Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**
Accidentes oculares: NO REFIERE
Antecedentes Personales: NO REFIERE
Sintomatología :
Cirugía ocular : N SIENTO QUE VEO BIEN.
Usa Corrección N

¿Gafas? : N **¿Lentes de Contacto? :** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	Sin Corrección	Derecho: 20/ 30	Ambos: 20/ 20	Izquierdo: 20/ 20
	Con Corrección:	Derecho: 20/ -	Ambos: 20/ -	Izquierdo: 20/ -
Visión Próxima	Sin Corrección	Derecho: 20/	Ambos: 20/ 0.5M	Izquierdo: 20/
	Con Corrección	Derecho: 20/ -	Ambos: 20/ -	Izquierdo: 20/ -
Lensometría	Izquierdo :	Derecho :	ADD :	

Examen Externo: HIPERPLASIA NASAL AMBOS OJOS.

Examen Motor: VL ORTOFORIA VP ORTOFORIA

Oftalmoscopia: MEDIOS TRASPARENTES

Visión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: - - OI: -

Estereopsis: 60 SEG ARCO

Queratometría OD: 44.50/46.00*0 - OI: 45.00/46.00*0

Retinoscopia OD: N-0.75*120 - OI: N

Subjetivo OD: N-0.75*120 - AV: 20 - Subjetivo OI N - AV: 20

Cie10: ASTIGMATISMO-H522

Cie10: PTERIGION-H110

Cie10: PRESBICIA-H524

Recomendaciones: FUNCIONAL PARA ACTIVIDAD. SE RECOMIENDA VALORACION OFTALMOLOGIA. CONTROL 6 MESES.

Diagnóstico: ASTIGMATISMO BAJO OD. PTERIGIO NASAL AMBOS OJOS CONGESTIONADO. PRE-PRESBICIA

Concepto: AGUDEZA VISUAL ALTERADA QUE NO INTERFIERE CON ACTIVIDAD LABORAL

Formula Final: OD: -

OI: -

ADD :

-

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N

Distancia Pupilar :

Remitido: PTERIGIO NASAL AMBOS OJOS.

Sandra y Garavito P.
Sandra M. Garavito P.
 Optómetra U. de la Salle
 Salud Ocupacional
 T.P. 35475569

Delly Janethe



SANDRA MARCELA GARAVITO PRIETO

35475569

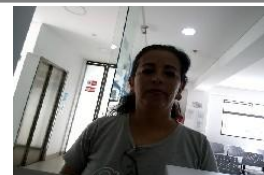
DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES

35196049

Profesional

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30/07/2025	CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO		
Paciente:	DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES		Identificación:	35196049		
Género:	FEMENINO	Edad: 46	Teléfono:	00	Móvil:	3217033558
Fecha Nacimiento:	11/07/1979		Cargo:	INSTRUCTOR (A) SENA		
Estado Civil:	SEPARADO		EPS:	NO REPORTA		
Dirección:	CARRERA 14 A 14 99		Escolaridad:	TÉCNICO		
Empresa:	PARTICULAR					

CONCEPTO DE APTITUD

REUNE CONDICIONES PARA PERFIL DEL CARGO

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

Se sugieren pausas activas cada dos o tres horas con el fin de mantener su atención alerta y disponibilidad durante la jornada.

OBSERVACIONES

SE PERCIBE CENTRADA Y CUIDADO POR EL DETALLE EN SUS ACCIONES. MUESTRA GUSTO E INTEGRACIÓN A GRUPOS DE TRABAJO, ACTITUD DE SERVICIO PRESENTE. GUSTA MOSTRAR SU TRABAJO, ATENTA A CAMBIOS Y ENCAMINADA A LLEVAR A CABO LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS. MUESTRA LEVE ANSIEDAD CANALIZADA EN LA EJECUCIÓN DE SUS LABORES. CREATIVIDAD NORMAL. SE OBSERVA SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES Y CONSULTA SOBRE ESTAS CUANDO NO SON CLARAS.


Freddy M. Ramirez Bravo
Psicólogo
TP164118

FREDDY MILCIADES RAMIREZ BRAVO

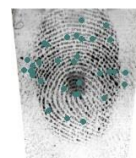
TP164118

Profesional



DELLY JANETHE BERNAL BARRANTES

Firma y cédula del Paciente



35196049