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 BOYACÁ

CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -ACCIONES REGULARES

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**955110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**21949-877210**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	PEDRO ANTONIO CELIS PARRA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	91.493.266	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	pcelis@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	92750021222
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 2025**	NO

¿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	NO
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:	9189455/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**7426**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales de carácter temporal para orientar la formación profesional presencial y/o virtual, en el marco del proceso de Gestión de la formación Profesional Integral en los niveles Tecnológico, Técnico y Complementario de las especialidades impartidas por el Centro de la Innovación Agroindustrial y de Servicios.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2026**	**Al**	**31/08/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 20.055.404
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.954.136
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.317.907

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 824.592	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.562.089**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.731.789**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4662142383**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 46.200	$ 46.200
		$	
		$	
		$	
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	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 1.244.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.493.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.731.789,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.562.089,00	
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 - 8551 - PUERTO BOYACA	55.621,00	1,000%
-	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	**$4.681.876,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1,Elabore la programacion mensual de 2 fichas de formacion complementaria

2,planee la FPI e fichas de formacion de acuerdo con la programacion asignada ficha 3557347, 3576868 Elabore la programación

3,Evalue las evidencias en la ficha 3557347, 3576868

4,planee la oferta de formacion complementaria

5,Entrega de documentacion GF:Gestion Financiera como tambien GC:Gestion contractual

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

PEDRO ANTONIO CELIS PARRA
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,

NATALIA LUCERO BAYONA CARRILLO
TECNICO G03

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
DIANA YADIRA CASTRO RUSSI
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

20/08/26 12:13:23 USUARIO: SIC - C.C. 91493266

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91493266
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PEDRO ANTONIO CELIS PARRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SIBUNDOY	DEPARTAMENTO:	PUTUMAYO
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO:	4111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4662142383**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/08/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997630322

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	$ 303.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 303.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 236.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 236.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 46.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 46.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 586.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 586.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91493266
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PEDRO ANTONIO CELIS PARRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SIBUNDOY	DEPARTAMENTO:	PUTUMAYO
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO:	4111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4662142383**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/08/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997630322

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.200	$ 0	$ 303.200
SUBTOTALES:										**$ 303.200**	**$ 0**	**$ 303.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 236.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.900	$ 0	$ 0	$ 236.900
SUBTOTALES:													**$ 236.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 236.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 46.200	$ 46.200	$ 0	$ 0	$ 46.200
SUBTOTALES:									**$ 46.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 46.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD					ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 91493266	CELIS PARRA PEDRO ANTONIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.895.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.895.000	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 303.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.895.000	$ 236.900	$ 0	$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.895.000	91493266	$ 46.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 586.300

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9653521321	DV: 151368
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	03/08/2026 16:09:31
PAP:	915305
Identificacion:	91493266
Nombre:	PEDRO
Apellido 1:	CELIS
Apellido 2:	XXX
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3204581120
Codigo Planilla:	4662142383
Periodo Pago:	2026/07
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 91493266	Valor: $586.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
Celular: 300 913 9161
WhatsApp Efecty: 321 235 5316
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

FORMATO INFORME LEGALIZACIÓN DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Puerto Boyacá,20 de agosto de 2026

PRESENTADO A: Natalia lucero Bayona Carillo

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACIÓN:**
Comisión 21026	28-07-2026	31-07-2026
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACIÓN**	**OTRA: (ciudad)**
BORBUR	Boyacá / CIAS	Puerto Boyacá

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Impartir Formación Profesional Integral en área de curso complementarios (regular) ID 3576868 , de acuerdo a los procedimientos de la dirección de empleo y trabajo y la coordinación nacional SENA en el Programa REGULAR. En el municipio de Borbur-fase 2

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1, identificar las materias primas, los equipos y utensilios utilizados en la elaboración de preparaciones cocina colombiana de acuerdo con la receta estándar.

2, emplatar productos de cocina colombiana de acuerdo con las necesidades del cliente.

3.utilizar los productos autóctonos del municipio y transformarlos en nuevas preparaciones

RESULTADOS:

1, Durante la actividad, se realizó recetas el cual determinan sus sabores es por los productos del municipio, para llevar con éxito las preparaciones se hace primero un sondeo de que productos hay en cosecha

2, Se identificaron y organizaron los equipos y herramientas necesarias para la transformación de productos del municipio de la victoria. Los aprendices lograron establecer una secuencia lógica de acciones para mejorar la eficiencia y la optimización del trabajo.

3, Se llevó a cabo una serie de rectas y así determinar los procesos ejecutados durante el inicio de las preparaciones y el resultado final, teniendo en cuenta los productos utilizados del municipio de san pablo de borbur

EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe

1. Registro fotográfico.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**

Los aprendices se comprometen a continuar aplicando 1. Garantizar la calidad e higiene del producto en cocina colombiana	Instructor –pedro Antonio Celis parra	28/07/2026 en Adelante
2.utilizar los productos del municipio de Borbur	Instructor – pedro Antonio Celis parra	31/07/2026

CONCLUSIONES:

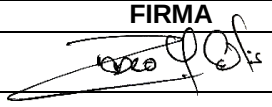
1.1, El proceso de alistamiento de materias primas e insumos y preparación de recetas es fundamental para garantizar la calidad del producto final y la eficiencia en la producción. La correcta aplicación de normas de seguridad y, este procedimiento facilita una producción organizada y alineada con los objetivos de aprendizaje.

2, El desarrollo de las recetas ayuda y facilita la comprensión del proceso de producción y ayuda a mejorar la planificación y el control de las operaciones. Esta actividad permitió reforzar la importancia previa a la transformación de productos, optimizando tiempos y recursos en el proceso productivo.

3, Esta actividad permitió reforzar la importancia de la prevención de fallos y la eficiencia operativa, asegurando productos de calidad y cumpliendo con los requisitos para la preparación de las recetas

NOTA: adjunto a este documento se entregan las evidencias.

"Para efectos legales, el contratista pedro Antonio Celis parra, bajo la gravedad de juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad. De igual manera, con fundamento en la presunción de autenticidad de los documentos privados, los soportes allegados para el trámite de pago de viáticos, salvo disposición en contrario, se presumen auténticos, sin perjuicio de que puedan ser objeto de tacha por falsedad".

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Pedro Antonio Celis parra	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
TECNICO G03	Natalia lucero Bayona Carillo	

Registro fotográfico
Dia 28
Preparaciones de arroces, con productos locales, carnes ahumadas, y vegetales frescos



Dia 29
Preparación de ingredientes para lasaña, salsas, y carnes



Dia 30
Preparación de cremas, bilogía y trilogía de cremas, productos del Municipio de borbur



Dia 31
Preparación de rellenos , rollo de carnes , tecnica y coccion y cortes



Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHmiramire	MARTHA ISABEL RAMIREZ BARRERA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-015-955110	CENTRO DE INNOVACIÓN AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS
Fecha y Hora Sistema:	23/07/2026 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 3826 de fecha 2026-01-14. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	51126	**Fecha Registro:**	2026-07-23	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-015-955110 CENTRO DE INNOVACIÓN AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS - BOYACA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	824.592,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	824.592,00	**Saldo x Obligar:**	824.592,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	91493266	**Razón Social:**	PEDRO ANTONIO CELIS PARRA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	92750021222	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	46451632	**Nombre:**	DIANA YADIRA CASTRO RUSSI	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS REGIONAL BOYACA

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Num. Solicitud de Comisión:**	**21026**	**Número:**	21026	**Tipo:**	SOLICITUD	**Fecha:**	2026-07-23

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
955145 CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF		824.592,00	0,00		
					Total:	824.592,00	0,00	824.592,00	824.592,00

Objeto:	VIATICOS FORMACION: RAD-15-9-2026-016054-IMPARTIR FORMACIÓN EN EL CURSO 66210082 V1 COCINA SALUDABLE - MONTAR Y PRESENTAR PLATOS DE ACUERDO CON LO REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE CUMPLIENDO ESTÁNDARES NACIONALES. PREPARAR PRODUCTOS DE REPOSTERIA NACIONAL,

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-015-955110	CENTRO DE INNOVACIÓN AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-07-23	824,592.00	824,592.00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHjegalan	JOHN EDISON GALAN GARAVITO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-015-955110	CENTRO DE INNOVACIÓN AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS - BOYACA
Fecha y Hora Generación Reporte:	2026-07-23-2:52 p. m.	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	21026	Fecha Solicitud	2026-07-23	Estado de la Comisión	Solicitada	Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-015-955110 CENTRO DE INNOVACIÓN AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS - BOYACA			
Tipo de Comisión	Servicio	Fecha Aut./ Rech.		Genera Viáticos	SI	Genera gastos de viaje	SI	Requiere Pasajes Aéreos	NO
Transporte por Vía	Terrestre	Área u Oficina	PUERTO BOYACÁ			Tipo de trámite	Inicial	Comisión Inicial	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3826	Dependencia Solicitante		955145 CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	
Rubro Presupuestal de Viaticos		C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	Nº. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total días	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
PEDRO ANTONIO CELIS PARRA	CC: 91493266	INSTRUCTOR CONTRATISTA	Solicitada	2026-07-28	2026-07-31	BOYACA / PUERTO BOYACA	BOYACA / SAN - DE BORBUR	3,5	No	50	3,5	4.737.497,00	201.312,00	704.592,00	120.000,00	824.592,00	IMPARTIR FORMACIÓN EN EL CURSO 66210082 V1 COCINA SALUDABLE MONTAR Y PRESENTAR PLATOS DE ACUERDO CON LO REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE CUMPLIENDO ESTÁNDARES NACIONALES. PREPARAR PRODUCTOS DE REPOSTERÍA NACIONAL, DE ACUERDO CON LOS ESTÁNDARES DE LA INDU
											Totales Solicitud de Comisión			704.592,00	120.000,00	824.592,00	

OBJETO DE LA COMISIÓN

IMPARTIR FORMACIÓN EN EL CURSO 66210082 V1 COCINA SALUDABLE MONTAR Y PRESENTAR PLATOS DE ACUERDO CON LO REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE CUMPLIENDO ESTÁNDARES NACIONALES. PREPARAR PRODUCTOS DE REPOSTERÍA NACIONAL, DE ACUERDO CON LOS ESTÁNDARES DE LA INDU

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	46451632	Nombre:	DIANA YADIRA CASTRO RUSSI	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS REGIONAL BOYACA

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	DIANA YADIRA CASTRO RUSSI	Cargo:	DIANA YADIRA CASTRO RUSSI

	Versión: 01
	Código: GCCON-F-095

PROCESO
GESTIÓN CONTRACTUAL
NOMBRE DEL FORMATO
FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	X	**Pública Clasificada**		**Pública Reservada**	

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA							
FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA					**22/07/2025**		
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**		
PEDRO ANTONIO CELIS PARRA					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**91493266**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR .9189455**	**AÑO**	2026	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	10	12	2026
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios personales de carácter temporal de manera autónoma e independiente para apoyar la formación profesional integral conforme a la programación establecida, en los diferentes niveles de formación de los programas técnicos, tecnológicos y/o complementarios del Centro de la Innovación Agroindustrial y de Servicios.						
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Boyacá				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	Centro de la Innovación Agroindustrial y de Servicios	
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	Diana Yadira Castro Russi				**CARGO**	Subdirectora (E)	
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	Diana Yadira Castro Russi				**CARGO**	Subdirectora (E)	

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO							
RUTA	**PUERTO BOYACÁ – SAN PABLO DE BORBUR– PUERTO BOYACÁ**						
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Boyacá			**DEPENDENCIA/ CENTRO**	N/A		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	San Pablo de Borbur.			**ENTIDAD O EMPRESA:**	ALCALDIA MUNICIPAL DE BORBUR	**CONTACTO**	3227676326
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	**28**	**7**	**2026**	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**	**31**	**7**	**2026**
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Impartir formación en el curso 66210082 V1 COCINA SALUDABLE - Montar y presentar platos de acuerdo con lo requerimientos del cliente cumpliendo estándares nacionales. Preparar productos de repostería nacional, de acuerdo con los estándares de la industria alimentaria. FICHA 3576868						

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Apoyar y participar activamente en la gestión del programa de formación para el cumplimiento de metas y posicionamiento Regional de acuerdo con los lineamientos, cobertura productos indicados por la Subdirección de centro y el supervisor del contratodispuesta para cada fin y a la coordinación académica en los formatos y tiempos establecidos.
2	Apoyar y participar activamente en la gestión del programa de formación para el cumplimiento de metas y posicionamiento Regional de acuerdo con los lineamientos, cobertura y productos indicados por la Subdirección de centro y el supervisor del contrato.

AGENDA				
ACTIVIDADES ((Deberá contener información detallada de las tareas a realizar día a día)				
Dia Inicio	**28**	**7**	**2026**	
Desplazamiento ruta de ida:				**PUERTO BOYACÁ – SAN PABLO DE BORBUR**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**terrestre**
Actividades a ejecutar:				
28	**HORA: 8:00AM/16:00PM**	66210082 V1 COCINA SALUDABLE - Montar y presentar platos de acuerdo con lo requerimientos del cliente cumpliendo estándares nacionales. Preparar productos de repostería nacional, de acuerdo con los estándares de la industria alimentaria. FICHA 3529331 **SE PERNOCTA**		
Dia 2	**29**	**7**	**2026**	
Actividades a ejecutar:				
29	**HORA: 8:00AM/16:00PM**	66210082 V1 COCINA SALUDABLE - Montar y presentar platos de acuerdo con lo requerimientos del cliente cumpliendo estándares nacionales. Preparar productos de repostería nacional, de acuerdo con los estándares de la industria alimentaria. FICHA 3529331 **SE PERNOCTA**		
Dia 3	**30**	**7**	**2026**	
Actividades a ejecutar:				
30	**HORA: 8:00AM/16:00PM**	66210082 V1 COCINA SALUDABLE - Montar y presentar platos de acuerdo con lo requerimientos del cliente cumpliendo estándares nacionales. Preparar productos de repostería nacional, de acuerdo con los estándares de la industria alimentaria. FICHA 3529331 **SE PERNOCTA**		
Día Fin	**31**	**7**	**2026**	
Actividades a ejecutar:				
31	**HORA: 8:00AM/16:00PM**	66210082 V1 COCINA SALUDABLE - Montar y presentar platos de acuerdo con lo requerimientos del cliente cumpliendo estándares nacionales. Preparar productos de repostería nacional, de acuerdo con los estándares de la industria alimentaria. FICHA 3529331.		
Desplazamiento ruta de regreso:				**SAN PABLO DE BORBUR – PUERTO BOYACÁ**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**terrestre**

Observaciones:
Esta agenda se liquidan con gastos de transporte INFORMAL POR VALOR DE $120.000 al programa REGULAR **Necesidad del Viaje y porque no es Virtual: El desplazamiento presencial es necesario para garantizar una orientación efectiva, resolver dudas en tiempo real y fortalecer el vínculo con la institución SENA. Además, las condiciones en la zona presentan dificultades de conectividad lo que puede dificultar una sesión virtual, afectando la comprensión y el desarrollo del programa de formación.** **Numero de Personas: Solo el Instructor que impartirá formación (mi persona)**

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Nombres y Apellidos: **Diana Yadira Castro Russi**	**Nombres y Apellidos:** **Diana Yadira Castro Russi**	
Cargo: Subdirectora (E)	**Cargo: Subdirectora (E)**	**Nombres y Apellidos:** **PEDRO ANTONIO CELIS PARRA**

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHdjrodrig	DIANA JULIETH RODRIGUEZ GARZON
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-015-955110	CENTRO DE INNOVACIÓN AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS - BOYACA
Fecha y Hora Generación Reporte:	2026-07-23-4:11 p. m.	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	21026	**Fecha Solicitud**	2026-07-23	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-015-955110 CENTRO DE INNOVACIÓN AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS - BOYACA**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2026-07-23	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	PUERTO BOYACÁ			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3826	**Dependencia Solicitante**		955145 CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	
Rubro Presupuestal de Viaticos		C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
PEDRO ANTONIO CELIS PARRA	CC: 91493266	INSTRUCTOR CONTRATISTA	Autorizada	Fecha Inicial Comisión 2026-07-28	Fecha final Comisión 2026-07-31	Región o Depto Origen BOYACA / PUERTO BOYACA	Ciudad o Muni Destino BOYACA / SAN - DE BORBUR	N°. Días 3,5	Pernocta Último día Comisión No	Porcentaje Pernocta 50	3,5	4.737.497,00	201.312,00	704.592,00	120.000,00	824.592,00	IMPARTIR FORMACIÓN EN EL CURSO 66210082 V1 COCINA SALUDABLE MONTAR Y PRESENTAR PLATOS DE ACUERDO CON LO REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE CUMPLIENDO ESTÁNDARES NACIONALES. PREPARAR PRODUCTOS DE REPOSTERÍA NACIONAL, DE ACUERDO CON LOS ESTÁNDARES DE LA INDU
											Totales Solicitud de Comisión			**704.592,00**	**120.000,00**	**824.592,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

IMPARTIR FORMACIÓN EN EL CURSO 66210082 V1 COCINA SALUDABLE MONTAR Y PRESENTAR PLATOS DE ACUERDO CON LO REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE CUMPLIENDO ESTÁNDARES NACIONALES. PREPARAR PRODUCTOS DE REPOSTERÍA NACIONAL, DE ACUERDO CON LOS ESTÁNDARES DE LA INDU

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	46451632	Nombre:	DIANA YADIRA CASTRO RUSSI	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS REGIONAL BOYACA

Firma Responsable

Verificado Por:	MARTHA ISABEL RAMIREZ BARRERA	Fecha Verificación:	23/07/2026 14:58:06

FIRMA_SIIF

Informe de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 1105 | **RUNT No:** 51616981 | **Fecha de Expedición:** 25/05/2026 | **Fecha de Vencimiento:** 21/11/2026 | **Trámite:** Refrendación | **Categoría:** C1

CRC-CM OCCIDENTE S.A.S
Dirección: CL 9 9 56 - CHIQUINQUIRÁ
NIT: 9018129282 | **Teléfono:** 3224676365
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 1517603945
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte:

Huellas del aspirante



Izquierda



Derecha



Información del Candidato

Nombre: PEDRO ANTONIO CELIS PARRA
Sexo: M
Gs/Rh: O+
Edad: 49 años
Fecha de nacimiento: 12/09/1976

Documento: CC 91493266
Lugar de residencia: SAN PABLO DE BORBUR
Dirección: SAN PABLO DE BORBUR
Teléfono: 0
Ocupación: Otros

Estado Civil: Soltero(a)
Aseguradora: Otra
Tipo Vinculación: Beneficiario

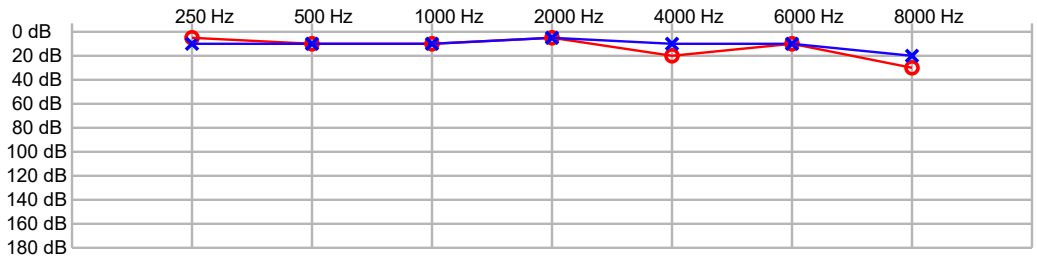
Información del Responsable

Nombre: BRAYAN ANDRES CELIS

Teléfono/Celular: 0

Parentesco: HIJO

Evaluación de Capacidad Auditiva



	Nivel de audición (dB)							Resultado final	
Dispositivo: AMPLIVOX	**250hz**	**500hz**	**1000hz**	**2000hz**	**4000hz**	**6000hz**	**8000hz**	**PTA**	**HFA**
Oído derecho (O rojo)	5	10	10	5	20	10	30	8,33	20,00
Oído izquierdo (X azul)	10	10	10	5	10	10	20	8,33	13,33

Criterios de aprobación	Escucha normal	Hipoacusia leve	Hipoacusia moderada	Hipoacusia severa	Hipoacusia grave	No se admite
Nivel de audición	>=0dB a <=25dB	>=26dB a <=40dB	>=41dB a <=55dB	>=56dB a <=70dB	>=71dB a <=80dB	>80dB

Otoscopia izquierda	Otoscopia derecha	Uso de audífonos
Normal	Normal	NO

Anamnesis

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
2.1 Agudeza auditiva	¿Presentó la evaluación con audífono?	NO	
	¿Orientación auditiva del aspirante es del lado derecho?	SI	
	¿Ha presentado parálisis facial?	NO	
	¿En su lugar de trabajo está expuesto al ruido?	NO	
	¿Se ha realizado audiometrías anteriormente?	SI	3 años
	¿Ha presentado otitis, cefalea, vértigo, acúfenos o supuración?	NO	
	¿Tiene padres o hermanos sordos?	NO	
	¿Ha estado expuesto a explosiones?	NO	
	¿Ha tenido trauma directo al oído?	NO	

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
	¿Le han realizado cirugía de oído?	NO	
	¿De acuerdo con la orientación auditiva, cumple con los criterios definidos en la resolución?	SI	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones:

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 20223040030355 de 2022 es apto sin restricciones; PTA bilateral dentro de parametros normales

Firma y Huella del Fonoaudiólogo



Firma Huella

Fecha: 25/05/2026 11:19:16 a. m.

Fonoaudiólogo:
MICHELLE CRISTINA RODRIGUEZ ROBAYO

N° de registro médico:
1512374429

Evaluación de Capacidad Visual

Dispositivo: KEYSTONE VIEW 1160

No presentó evaluación con Corrección Óptica

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.1 Agudeza Visual	Lejana Ojo Derecho	>= 20/30.0	20/30.0	CUMPLE
	Lejana Ojo Izquierdo	>= 20/30.0	20/30.0	CUMPLE
	Lejana Ambos Ojos	>= 20/30.0	20/30.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Derecho	>= 20/50.0	20/25.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Izquierdo	>= 20/50.0	20/30.0	CUMPLE
	Cercano Ambos Ojos	>= 20/50.0	20/30.0	CUMPLE
	Cirugías refractivas	No se admite Cirugía Refractiva	No presenta cirugía refractiva	CUMPLE
1.2 Campo Visual	Campímetro IZ Plano Horizontal	>= 70 º	85	CUMPLE
	Campímetro DE Plano Horizontal	>= 70 º	85	CUMPLE
	Perímetro IZ Plano Vertical	>= 70 º	70	CUMPLE
	Perímetro DE Plano Vertical	>= 70 º	70	CUMPLE
	Escotomas	No se admite presencia de escotomas	No existe presencia de escotomas	CUMPLE
1.3 Afaquias y Pseudofaquias	Monolateralidades y Bilateralidades	No se admiten monolateralidades ni bilateralidades	No presenta monolateralidades ni bilateralidades	CUMPLE
1.4 Sentido Luminoso	Visión Mesópica	No se admiten alteraciones en la visión mesópica	No presenta alteraciones en la visión mesópica	CUMPLE
	Visión Nocturna Binocular	>= 20/30.0	20/30.0	CUMPLE
	Sensibilidad al Contraste	<= 50 % - Normal	30	CUMPLE
	Encandilamiento o Estrés Luminoso	Recuperación <= 5 s	3	CUMPLE
	Recuperación al Encandilamiento	<= 3 Lineas AV	3	CUMPLE
1.5 Motilidad Palpebral	Ptosis y Lagoftalmías	No se admiten Ptosis ni lagoftalmías	No presenta Ptosis ni Lagoftalmías	CUMPLE
1.6 Motilidad del Globo Ocular	Phoria Horizontal Lejana	>= 1.5 y <= 6.5	5.0	CUMPLE
	Phoria Vertical Lejana	>= 3.5 y <= 5.5	5.5	CUMPLE
	Phoria Horizontal Cercana	>=1.5 y <= 6.5	5.0	CUMPLE
	Phoria Vertical Cercana	>= 3.5 y <= 5.5	5.5	CUMPLE
	Diplopías	No debe presentar diplopías	No presenta diplopías	CUMPLE
	Nistagmus	No debe presentar Nistagmus	No presenta Nistagmus	CUMPLE
	Estrabismos	No deben existir Estrabismos	No existe Estrabismos	CUMPLE
	Visión de Profundidad Lejana	< 40 Seg de Arco 80 %	45 Seg. de arco 75%	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
	Visión de Profundidad Cercana	< 40 Seg de Arco 80 %	45 Seg. de arco 75%	CUMPLE
	Otros Defectos	No deben existir otros defectos	No existen otros defectos	CUMPLE
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	Enfermedades Progresivas	No debe presentar enfermedades progresivas	No presenta enfermedades progresivas	CUMPLE
	Disciminación de Colores Binocular	>= 4	5	CUMPLE

Anamnesis

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
1.1 Agudeza Visual	¿Presenta la evaluación con corrección óptica?	NO	
	¿El paciente presenta ausencia de un ojo?	NO	
	¿Le han realizado cirugías refractivas diferentes a afaquias?	NO	
1.2 Campo Visual	¿El aspirante presenta escotomas?	NO	
1.3 Afaquias y Pseudofaquias	¿El aspirante presenta afaquias o pseudoafaquias que afecten su visión?	NO	
1.4 Sentido Luminoso	¿El aspirante presenta alteraciones de la visión mesópica?	NO	
1.5 Motilidad Palpebral	¿El aspirante presenta lagoftalmías o ptosis que afecten su visión?	NO	
1.6 Motilidad del Globo Ocular	¿El aspirante presenta anatomía del globo ocular anormal?	NO	
	¿El aspirante presenta fatiga visual?	NO	
	¿El aspirante presenta diplopía?	NO	
	¿El aspirante presenta nistagmus que le impide alcanzar los niveles de capacidad visual?	NO	
	¿El aspirante presenta nistagmus que origine o pueda originar fatiga visual durante la conducción?	NO	
	¿El aspirante presenta otros defectos de la visión binocular?	NO	
	¿El aspirante presenta estrabismos?	NO	
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	¿El aspirante presenta enfermedades o trastornos progresivos que no le permiten alcanzar los niveles fijados?	NO	
	¿El aspirante presenta policromacía anormal?	NO	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO CON RESTRICCIÓN

Restricciones: 01 - CONDUCIR CON LENTES

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014, pero le aplica(n) la(s) restricción(es) indicada(s).

Firma y Huella del Optómetra

Firma Huella

Fecha: 25/05/2026 11:08:53 a. m.

Optómetra:
JUANA EMILIA DEL R CABALLERO MURCIA

N° de tarjeta profesional:
20931186

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo: AGX

Numeral	Prueba del Equipo	Parámetro	Criterio de Aprobación	Resultado	Concepto
12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz	Atención Concentrada y Resistencia a la Monotonía	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 0.69 s	0,472083333333333	CUMPLE
		Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 0.69 s	0,472083333333333	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 5 Errores	0	CUMPLE
12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado	Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 1.14 s	1,16760869565217	CUMPLE
		Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 1.14 s	1,15259090909091	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 7 Errores	2	CUMPLE
12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz	Coordinación Bimanual	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 4.83 s	0	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 15 Errores	0	CUMPLE
12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado	Reacción al Frenado	Tiempo Medio de Reacción al Frenado	<= 0.75 s	0,6274	CUMPLE
12.1 Estimación del Movimiento	Velocidad de Anticipación	Tiempo Medio de Desviación	<= 0.83 s	0,357	CUMPLE
12.4 Inteligencia Práctica	Inteligencia Práctica	Inteligencia Práctica	No se admite capacidad de organización espacial inadecuada para la conducción	Presenta capacidad de organización espacial adecuada para la conducción.	CUMPLE

Test de personalidad y Sustancias

	Criterio de aprobación	Resultado	
Numeral	**Percentil de rechazo**	**Percentil**	**Concepto**
10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicótico	p>75	55	CUMPLE
10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica	p>85	65	CUMPLE
10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	p>88	75	CUMPLE
10.4 Trastornos del estado de ánimo	p>75	60	CUMPLE
10.5 Trastornos disociativos	p>75	20	CUMPLE
10.6 Trastornos del Sueño	p>=75	40	CUMPLE
10.7 Trastornos del control de impulsos	p>=75	20	CUMPLE
10.8 Trastornos de personalidad	p>79	66	CUMPLE
10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador	p>75	52	CUMPLE
11.1 Abuso de alcohol	p>75	30	CUMPLE
11.2 Dependiencia del alcohol	p>75	30	CUMPLE
11.3 Trastornos inducidos por el alcohol	p>75	30	CUMPLE
11.4 Consumo habitual de drogas y medicamentos	p>75	40	CUMPLE
11.5 Abuso de drogas y medicamentos	p>75	40	CUMPLE
11.6 Dependencia de drogas y medicamentos	p>75	40	CUMPLE
11.7 Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	p>75	40	CUMPLE

Numeral	Criterio de aprobación Percentil de rechazo	Resultado Percentil	Concepto
10.9 Trastornos del desarrollo intelectual	No debe existir retraso mental con cociente intelectual inferior a 70. En los casos de retraso mental con cociente intelectual entre 50 y 70 se podrá obtener o prorrogar si el interesado acompaña un dictamen favorable de un psiquiatra o psicólogo.	122	CUMPLE

10.11. Otros trastornos mentales no incluidos en apartados anteriores

Parámetro	Observaciones
Está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental.	SI.
Aunque la persona tiene un trastorno mental, este no está relacionado con el problema	NO.
La persona tiene trastorno mental que está relacionado con el problema, pero el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica	NO.

Observaciones de Test De Psicología:
El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones:

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

Firma y Huella del Psicólogo



Firma Huella

Fecha: 25/05/2026 10:54:05 a. m.

Psicólogo: WENDY KATHERINE PAEZ CASTELLANOS

N° de registro médico: 1512374429

Evaluación Médica

Presión arterial (mmHg)	Frecuencia cardiaca (lat/min)	Estatura (cm)	Frecuencia respiratoria (resp/min)	Peso (kg)
125/70	80	174	18	106

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
3. Sistema locomotor	3.1 Motilidad	NO DEBE EXISTIR ALTERACIÓN	NO EXISTE ALTERACIÓN	CUMPLE
	3.2 Afecciones o anomalías progresivas	NO DEBEN EXISTIR AFECCIONES O ANOMALÍAS	NO EXISTE AFECCIONES O ANOMALÍAS	CUMPLE
	3.3 Talla	NO SE ADMITEN TALLAS QUE ORIGINEN UNA POSICIÓN INCOMPATIBLE CON EL MANEJO	NO PRESENTA TALLAS QUE ORIGINAN UNA POSICIÓN INCOMPATIBLE CON EL MANEJO	CUMPLE
4. Sistema cardiovascular	4.1 Insuficiencia cardiaca	NO DEBE EXISTIR NINGUNA ALTERACIÓN	NO EXISTE ALTERACIÓN CARDIACA	CUMPLE
	4.2 Trastornos del ritmo	NO DEBE EXISTIR ARRITMIA, ALTERACIONES DE RITMO	NO EXISTE ARRITMIA Y/O ALTERACIONES DEL RITMO	CUMPLE
	4.3 Marcapasos y desfibrilador automático implantable	NO DEBE EXISTIR UTILIZACIÓN DE MARCAPASOS NI DESFIBRILADOR	NO EXISTE USO DE MARCAPASOS NI DESFIBRILADOR	CUMPLE
	4.4 Prótesis valvulares cardiacas	NO DEBE EXISTIR UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS VALVULARES	NO EXISTE USO PRÓTESIS VALVULARES	CUMPLE
	4.5 Cardiopatía isquémica	NO DEBE EXISTIR INFARTOS, CIRUGÍAS DE REVASCULARIZACIÓN, CARDIOPATÍAS	NO EXISTE ANTECEDENTE DE INFARTOS, CIRUGÍAS REVASCULARIZACIÓN, NI CARDIOPATÍAS	CUMPLE
	4.6 Hipertensión arterial	NO DEBE EXISTIR VALORES DESCOMPENSADOS	NO EXISTEN VALORES DESCOMPENSADOS	CUMPLE
	4.7 Aneurismas de grandes vasos	NO DEBE EXISTIR ANEURISMAS	NO EXISTEN ANEURISMAS	CUMPLE
	4.8 Artropatías periféricas	NO DEBEN EXISTIR ARTROPATÍAS	NO EXISTEN ARTROPATÍAS	CUMPLE
5. Trastornos hematológicos	5.1 Procesos oncohematológicos			CUMPLE
	5.1.1 Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico	NO SE ADMITEN PROCESOS A TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS	NO PRESENTA PROCESOS QUIMIOTERÁPICOS	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
	5.1.2 Policitemia vera	NO SE ADMITE POLICITEMIA VERA	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE POLICITEMIA VERA	CUMPLE
	5.1.3 Otros trastornos	NO SE ADMITEN OTROS TIPOS DE TRASTORNOS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE OTROS TIPOS DE TRASTORNOS	CUMPLE
	5.2 Trastornos no oncohematológicos			CUMPLE
	5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias	NO SE ADMITEN ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS	CUMPLE
	5.2.2 Trastornos de coagulación	NO SE ADMITEN TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	NO PRESENTA TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	CUMPLE
	5.2.3 Tratamiento anticoagulante	NO SE ADMITEN TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES	NO PRESENTA TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES	CUMPLE
6. Sistema renal	6.1 Neuropatías	NO SE PERMITEN NEUROPATÍAS	NO PRESENTA NEUROPATÍAS	CUMPLE
	6.2 Trasplante renal	NO SE ADMITE TRASPLANTE RENAL	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASPLANTE RENAL	CUMPLE
7. Sistema respiratorio	7.1 Disneas	NO DEBEN EXISTIR DISNEAS	NO EXISTEN ANTECEDENTES DE DISNEAS	CUMPLE
	7.2 Trastornos del sueño	NO SE PERMITEN TRASTORNOS DEL SUEÑO	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASTORNOS DEL SUEÑO	CUMPLE
	7.3 Otras afecciones	NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS PULMONARES	NO EXISTEN TRASTORNOS PULMONARES	CUMPLE
8. Enfermedades metabólicas y endocrinas	8.1 Diabetes mellitus	NO DEBE EXISTIR DIABETES MELLITUS	NO EXISTE ANTECEDENTES DIABETES MELLITUS	CUMPLE
	8.2 Cuadros de hipoglucemia	NO DEBEN EXISTIR CUADROS DE HIPOGLUCEMIA	NO EXISTE CUADROS DE HIPOGLUCEMIA	CUMPLE
	8.3 Enfermedades tiroideas	NO DEBE EXISTIR HIPOTIROIDISMOS	NO EXISTE ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO	CUMPLE
	8.4 Enfermedades paratiroideas	NO DEBEN EXISTIR ENFERMEDADES PARATIROIDEAS	NO EXISTE ENFERMEDADES PARATIROIDEAS	CUMPLE
	8.5 Enfermadas adrenales	NO SE PERMITE LA ENFERMEDAD ADRENAL	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ADRENALES	CUMPLE
9. Sistema nervioso y muscular	9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico	NO DEBEN EXISTIR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	NO EXISTE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	CUMPLE
	9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías	NO SE PERMITEN CRISIS EPILÉPTICAS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CRISIS EPILÉPTICAS	CUMPLE
	9.3 Alteraciones del equilibrio	NO DEBEN EXISTIR ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO	NO EXISTE ALTERACIÓN	CUMPLE
	9.4 Trastornos musculares	NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS MUSCULARES	NO EXISTEN TRASTORNOS MUSCULARES	CUMPLE
	9.5 Accidente isquémico transitorio	NO SE ADMITE LA PRESENCIA DE ATAQUES ISQUÉMICOS	NO PRESENTA ATAQUES ISQUÉMICOS	CUMPLE
	9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	NO DEBEN EXISTIR ACCIDENTES ISQUÉMICOS RECURRENTES	NO EXISTEN ACCIDENTES ISQUIÉMICOS	CUMPLE
13. Otras causas que no se especificaron	13.1 Otras causas no especificadas	NO DEBE PADECER ALGUNA OTRA ENFERMEDAD	NO PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD	CUMPLE

Anamnesis

Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
3. Sistema Locomotor	3.1 Motilidad	¿Existe alguna alteración congénita o adquirida, progresiva, que limite su movilidad?	NO	
	3.2 Afecciones o anomalías Progresivas	¿El aspirante presenta afecciones o anomalías progresivas?	NO	
	3.3 Talla	¿Es su talla, inconveniente para la conducción?	NO	

Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
4. Sistema Cardiovascular	4.1 Insuficiencia Cardiaca	¿Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardiaca o cardiopatía?	NO	
	4.2 Trastornos del Ritmo	¿Sufre de alteraciones del ritmo cardiaco?	NO	
		¿El aspirante presenta antecedentes de pérdida de atención, isquemia cerebral o síncope secundario al trastorno del ritmo durante los 2 últimos años?	NO	
	4.3 Marcapasos y Desfibrilador automático implantable	¿Tiene marcapasos o desfibrilador automático?	NO	
	4.4 Prótesis valvulares cardiacas	¿Tiene prótesis valvulares?	NO	
	4.5 Cardiopatía Isquémica	¿Alguna vez ha presentado un infarto agudo del miocardio y/o angina inestable?	NO	
		¿Ha sido sometido a cirugía de revascularización?	NO	
	4.6 Hipertensión arterial	¿Ha sido diagnosticado como hipertenso o en riesgo de presentar la enfermedad?	NO	
	4.7 Aneurismas de grandes vasos	¿Le han diagnosticado aneurismas?	NO	
	4.8 Artropatías periféricas	¿Sufre de enfermedades vasculares periféricas?	NO	
5. Trastornos Hematológicos	5.1 Procesos Oncohematológicos		NO	
	5.1.1 Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico	¿Ha sido sometido a quimioterapia o radioterapia?	NO	
	5.1.2 Policitemia Vera	¿Sufre de policitemia vera, o presenta síntomas como hemorragias o hematomas, es decir, “moretones” en la piel, picor en la piel por cambios bruscros de temperatura, entumecimiento u hormigueos en las manos o pies?	NO	
	5.1.3 Otros trastornos	¿Ha sufrido algún trastorno hematoncológico distinto a los indagados anteriormente?	NO	
	5.2 Trastornos no Oncohematológicos		NO	
	5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias	¿Sufre de enfermedades como anemias, trombocitopenia o leucopenia?	NO	
	5.2.2 Trastornos de coagulación	¿Tiene trastornos de la coagulación?	NO	
	5.2.3 Tratamiento anticoagulante	¿El aspirante ha producido descompensaciones en el último año que hubieran requerido de transfusión de plasma?	NO	
6. Sistema Renal	6.1 Neuropatías	¿Se le ha diagnosticado nefropatía?	NO	
		¿Sufre de edema de miembros inferiores?	NO	
	6.2 Trasplante renal	¿Ha sido sometido o está en lista de espera para un trasplante renal?	NO	
		¿Sufre de insuficiencia renal?	NO	
7. Sistema Respiratorio	7.1 Disneas	¿Sufre de dificultad respiratoria en reposo o cuando realiza un esfuerzo leve?	NO	
	7.2 Trastornos del Sueño	¿Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño?	NO	
		¿Sufre de somnolencia diurna?	NO	
	7.3 Otras afecciones	¿Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales, como dolor torácico intenso o crisis de disnea paroxística?	NO	
8. Enfermedades Metabólicas Y Endocrinas	8.1 Diabetes mellitus	¿Le han diagnosticado diabetes mellitus?	NO	
	8.2 Cuadros de Hipoglucemia	¿Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglucemia?	NO	
	8.3 Enfermedades tiroideas	¿Sufre de hiper o hipo tiroidismo?	NO	
	8.4 Enfermedades paratiroideas	¿Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroides?	NO	
	8.5 Enfermadas adrenales	¿El aspirante ha sido diagnosticado con alguna alteración de glándulas suprarrenales?	NO	
9. Sistema Nervioso Y Muscular	9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico	¿Ha sufrido o sufre de enfermedades encefálicas, medulares o periféricas, de tipo infeccioso, traumáticas o tumorales?	NO	
	9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías	¿Ha convulsionado alguna vez o ha sido diagnosticado como epiléptico?	NO	
		¿El aspirante ha presentado sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción?	NO	

Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
	9.3 Alteraciones del equilibrio	¿Sufre de alteraciones del equilibrio o vértigo?	NO	
	9.4 Trastornos musculares	¿Posee algún trastorno o patología muscular?	NO	
	9.5 Accidente isquémico transitorio	¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular transitorios?	NO	
	9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vasculares recurrentes?	NO	
13. Otras causas que no se especificaron	13.1 Otras causas no especificadas	¿Ha sufrido de enfermedades infecciosas?	NO	
		¿Sufre o ha sufrido de alergias?	NO	
		¿Está en tratamiento farmacológico actualmente?	NO	
		¿Consume sustancias o drogras Psicoactivas?	NO	
		¿El aspirante presenta alguna incapacidad para conducir por alguna causa que no esté incluida en los anteriores apartados?	NO	
		¿El aspirante presenta alguna enfermedad o deficiencia que pueda suponer una incapacidad que comprometa la seguridad vial y que no se haya mencionado?	NO	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones:

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

Firma y Huella del Médico general



Firma Huella

Fecha: 25/05/2026 11:36:24 a. m.

Médico general:
ALVARO RAMON ORTIZ MURCIA

N° de tarjeta profesional:
388387

Concepto Final del Certificador

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final:
APTO CON RESTRICCIÓN

Restricciones:
CONDUCIR CON LENTES

Observaciones:
El candidato cumple los requisitos establecidos en el Anexo I de la Resolución 0217 de 2014; sin embargo, se determina la aplicación de la restricción reglamentaria: conducir con lentes.

Certificador:
PEDRO DANIEL ALARCON MURCIA

N° de tarjeta profesional:
1053346948

Firma del evaluado



Firma y Huella del Certificador



Firma Huella

DIANA CAROLINA MARTINEZ GALINDO, con Tarjeta Profesional No. 252743 expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos y legalmente autorizado(a) para ejercer la profesión en consonancia con lo dispuesto en los artículos 6° y 12° de la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006.

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **PEDRO ANTONIO CELIS PARRA** de **48** años de edad e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **91493266** DE **BUCARAMANGA** ha sido valorado(a) psicológicamente el día 17 de Septiembre de 2024.

El evaluado se encuentra orientado en tiempo, espacio y personas, posee coeficiente intelectual promedio de la norma poblacional, se muestra optimismo y motivado, evidencia herramientas psicológicas como, adaptativa, paciente, empático, responsable y coherente entre su pensamiento, habla y acción. No presenta conductas de adición o consumo o ideas suicidas. No presente indicios de trastornos psicológicos que pueda afectar su relación con el entorno.

Se expide el presente certificado a solicitud de la interesada para las acciones que considere emitida.

CONCLUSIÓN:

Se determina que la paciente **PEDRO ANTONIO CELIS PARRA** es **APTO** para asumir un intercambio académico.

Estado de Salud Mental **SIN indicadores** de alteración.

RECOMENDACIONES: Valoración/seguimiento por Psicología EPS **NO**
Valoración por Psiquiatría **NO**
Inteligencia emocional.

OBSERVACIONES: NO PRESENTA INDICADORES DE ALTERACION AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA.

Se expide el presente certificado para los usos a que haya lugar. Los resultados se refieren a la situación que existe en el momento de la valoración, por ello, no deben extrapolarse a otras circunstancias o condiciones ambientales.

Firmado en Tunja el 17/09/2024

Diana Martinez G.
PSICÓLOGA
T.P. 252743

Firma Profesional: _____
T.P. 252743
Nombre: DIANA CAROLINA MARTINEZ GALINDO
Cédula de Ciudadanía: 1.014.306.172 DE BOGOTA