ARN AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÓN Y LA NORMALIZACIÓN	**INFORME DE ACTIVIDADES**	CÓDIGO : BS-F-26	
		FECHA : 08-02-2019	VERSIÓN : V-4

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	MIGUEL ANGEL ALVARADO OLEJUA		
C.C.-C.E.-NIT-RUT-ID No.	13.721.629	CONTRATO No.	1166-2021
PERIODO O PAGO QUE CUBRE EL INFORME	DEL 1 AL 30 DE JUNIO DE 2021		
LUGAR DE EJECUCIÓN (CIUDAD-GT)	ZONA ALEDAÑA LA PISTA, MUNICIPIO DE URIBE - GT META Y ORINOQUIA		

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar con autonomía técnica y administrativa los servicios de formación en el área de su dominio, requeridos por la ARN en el marco del Convenio Interadministrativo 1117 de 2018 y dirigido a las personas objeto de atención definidas por la entidad

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO
1. Impartir la formación denominada OPERARIO EN MANEJO DE LA PRODUCCIÓN PECUARIA con intensidad de hasta 1.056 horas, en el depatamento del META Municipio de URIBE LA PISTA atendiendo los procedimientos definidos por el SENA, esta actividad podrá desarrollarse de forma presencial y/o virtual según las disposiciones del SENA.	Se da inicio a la formación denominada OPERARIO EN MANEJO DE LA PRODUCCIÓN PECUARIA, en el municipio de la Uribe - la pista departamento del META.
2. Elaborar y entregrar un cronograma de trabajo al supervisor dentro de los primeros cinco (5) dias hábiles siguientes al inicio del contrato, el cual debe incluir las acciones a desarrollar de forma presencial y/o virtual si la situació asi lo amerita, con la descripción del plan de acción y de las alternativas de atención a la población beneficiaria para las actividades a desarrollar en la acción de forma definida.	Se realizo el respectivo cronograma de actividades y la planeación pedagogica, aprobada por el SENA.
3. Registrar la acción de formación de OPERARIO EN MANEJO DE LA PRODUCCIÓN PECUARIA en la plataforma SOFIA PLUS del SENA	se ha registrado en la plataforma de Sofia Plus las actividades que se deben realizar con los aprendices
4. Desarrollar y evaluar el proceso de formación de los beneficiarios, considerando el cumplimiento del 80% en la modalidad de trabajo de acompañamiento del instructor y diligenciar oportunamente el formato de acta de evaluación entregado por la ARN.	Se diligencia la respectiva acta correspondiente al proceso de formación de los aprendices, en la modalidad de trabajo presencial con acompañamiento del instructor el cual se anexa.
5. Desarrollar y Evaluar el proceso de formación de los beneficiarios considerando el cumplimiento del 20% en la modalidad de trabajo autónomo y diligenciar oportunamente el formato de acta de evaluación entregado por la ARN.	Se diligecia la respectiva acta correspondiente al cumplimiento del 20% en la modalidad de trabajo autónomo la cual se anexa.
6. Entregar mensualmente los reportes de asistencia de la formación en los formatos establecidos por ARN al supervisor.	se realiza entrega de los reportes de asistencia de la formación según los formatos establecidos por la ARN
7. Elaborar y entregar un informe final en el que se refleje el estado final del proceso con los respectivos soportes de cada una de las personas participantes de la acción de formación realizada.	Se esta realizando un documento por capitulos el cual se le esta entregando a los alumnos para conseguir los objetivos planteados.
8. Gestionar ante la oficina de Registro y Control del SENA el cargue oportuno de los certificados de aprobación del programa de formación en la Plataforma SENA Sofia Plus.	se realizara la gestion una ves se de por terminada la formacion.
9. Las demás obligaciones que se requieran para dar cumplimiento al objeto contratado.	Se está dando cumplimiento a las obligaciones contenidad en el contrato.
Cumplimiento de las obligaciones generales y demás contenidas en el contrato.	Se está dando cumplimiento a las obligaciones contenidad en el contrato.

MIGUEL ANGEL ALVARADO OLEJUA

Visto Bueno Supervisor(es) (diligenciar manual)**:**



NOMBRE(S) **JUAN CARLOS SILVA HERNANDEZ**

Fecha VoBo: 7/07/2021

"El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos. En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link: http://www.reincorporacion.gov.co/es/atención/Paginas/politicas.aspx"

Centro de Asesoría y Asistencia Integral en Medicina Especializada
Construyendo juntos calidad de vida.
NIT. 900940324-9
Carrera 2W No. 16G-02 local 11-15 Villa Marcela 2 Piedecuesta
Cel. 3116249042 - Tel. 6545512-6654018
came2016sas@gmail.com - gestioncomercialcame@gmail.com - www.cameips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.021

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	**11** MES	**2020** AÑO	**PIEDECUESTA (SANTANDER, COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ALVARADO OLEJUA MIGUEL ANGEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	41 AÑOS 2 MESES 17 DÍAS	CC	13721629
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
----	TEMPORAL	----

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

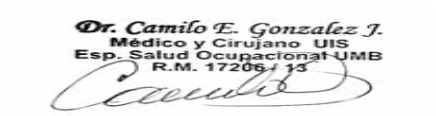
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL/VISIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	ENTREVISTA DE COVID -19	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL Y OPTOMETRÍA	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	OTROS : EVITAR LARGOS PERIODOS SENTADOS O EN BIPEDESTACION E INACTIVIDAD	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: GONZALEZ JIMENEZ CAMILO ERNESTO

R. M.: 1678/98 **L.S.O.:** 17206/13

Código de Seguridad

I694O1U3021

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ALVARADO OLEJUA MIGUEL ANGEL

CC: 13721629