	Versión: 04 Código: GTH- F 110

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO GTH-F-110 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN DOCUMENTOS PARA SUSCRIBIR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL O JURÍDICA - ACTIVIDADES DIFERENTE A INSTRUCTOR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:THIANA DISSAN MENDOZA ROJAS

DIRECCIÓN GENERAL /REGIONAL/CENTRO DE FORMACIÓN: REGIONAL AMAZONAS - CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS

Fecha dd/mm/aaaa	REGISTRO / TIPO DOCUMENTAL	SI	NO	N.A.	OBSERVACIONES
	DOCUMENTOS PREVIOS Y REGISTROS DE AUTORIZACIÓN				
	Aprobación del Plan Anual de Adquisiciones- Verificar-				
	Certificado disponibilidad presupuestal con recursos disponibles.				
	Estudio previos, análisis del sector y clausulado (Minuta)				
	Certificación de inexistencia de personal de planta, expedido por Secretaria General/Director Regional/Subdirector de Centro según corresponda				
	Autorización para contratos con objetos iguales expedido por Secretaria General/Director Regional/Subdirector de Centro según corresponda				
	Autorización contratación de prestación de servicios personales expedido por Director Regional y Aplica solamente para los Centros de Formación				
	DOCUMENTOS PARA SUSCRIBIR CONTRATO				
	Formato GTH-F-109 Oferta del contratista: (Legible y en archivo PDF) Radicada electronicamente en el SENA dirigida al Secretario General/ Director Regional o Subdirector de Centro.	X			
	Formato Único de Hoja de Vida de la función publica: (Legible y en archivo PDF) Debe estar validada por la Entidad desde el usuario del SIGEP de la dependencia solicitante.	X			
	Cédula de ciudadanía: Legible y en archivo PDF.	X			
	Cédula de Extranjería (Presentar Visa de Trabajo): Legible y en archivo PDF			X	
	Libreta Militar: (Solo para menores de 50 años) (Legible y en archivo PDF) Nota: La Entidad no podrán exigir al ciudadano la presentación de la tarjeta militar para firmar el contrato, ya que es la misma Entidad la que debe verificar en la página web el estado de la situación militar de la persona. (El estructurador de cada área debe verificar en el siguiente enlace la situación militar del futuro contratista https://www.libretamilitar.mil.co.). Las personas que consideren estar en situación de exoneración de prestar el servicio militar obligatorio conforme al artículo 12 de la Ley 1861 de 2017, deberán realizar los tramites correspondientes ante las Fuerzas Militares para acreditar esta condición. (incluye Mujeres trans, Indigenas, Objetores de conciencia entre otros).			X	
	Reporte de Bienes y Rentas y Registro de Conflicto de Interés: Legible y en archivo PDF (Formato y cargue en Función Pública) - Los contratistas que se encuentran dentro del ámbito de aplicación de la Ley 2013 de 2019 son aquellos que ejercen **función pública, presten servicios públicos o administren bienes y recursos públicos.** Por lo tanto, **solo si** el contrato suscrito con la entidad recae en alguna de esas actividades se considerará que el contratista se encuentra obligado a realizar la declaración. Así las cosas; cada dependencia deberá verificar si el contratista presta servicio público o administra bienes y recursos públicos y así consignarlo en los estudios previos.	X			
	Certificado Existencia y Representación Legal: (Para personas jurídicas) Legible y en archivo PDF			X	
	Documentos que demuestren la exclusividad: (aplica para proveedor exclusivo, persona jurídica) Legible y en archivo PDF			X	
	Documentos Académicos: (Título o certificaciones de estudio) (Legible y en archivo PDF). Los estudios se acreditarán mediante la presentación de certificados, diplomas, grados o títulos otorgados por las instituciones correspondientes. Para su validez requerirán de los registros y autenticaciones que determinen las normas vigentes sobre la materia. En los casos en que para el ejercicio de la respectiva profesión se requiera acreditar la tarjeta o matrícula profesional, podrá sustituirse por la certificación expedida por el organismo competente de otorgarla en la cual conste que dicho documento se encuentra en trámite, siempre y cuando se acredite el respectivo título o grado. **Nota 1.** El área solicitante tiene la responsabilidad de **validar** la autenticidad de los títulos presentados, dicha validación deberá ser concordante con la VALIDACIÓN de la hoja de vida en el SIGEP II. **Nota 2**. Los estudios realizados y los títulos obtenidos en el exterior requerirán para su validez, de la homologación y convalidación por parte del Ministerio de Educación Nacional o de la autoridad competente. (Nota: Se aplicarán excepciones contempladas por el Ministerio de Eduación Nacional)	X			
	Documentos de Experiencia (Legible y en archivo PDF): La experiencia se acreditará mediante la presentación de constancias expedidas por la autoridad competente de las respectivas instituciones oficiales o privadas. Cuando el interesado haya ejercido su profesión o actividad en forma independiente, la experiencia se acreditará mediante declaración del mismo. Las certificaciones o declaraciones de experiencia deberán contener como mínimo, la siguiente información: 1. Nombre o razón social de la entidad o empresa. 2. Tiempo de servicio y/o ejecución. 3. Relación de funciones u obligaciones desempeñadas. Cuando la persona haya prestado sus servicios en el mismo período a una o varias instituciones, el tiempo de experiencia se contabilizará por una sola vez. Cuando las certificaciones indiquen una jornada laboral inferior a ocho (8) horas diarias, el tiempo de experiencia se establecerá sumando las horas trabajadas y dividiendo el resultado por ocho (8). Respecto a la experiencia profesional y/o relacionada adquirida durante la **práctica laboral**, es decir la ejercida entre la terminación de materias y la obtención del título, en interpretación armónica con el artículo 229 del Decreto Ley 019 de 2012, se tendrá en cuenta solo 90% de la intensidad horaria certificada que dediquen los estudiantes de los programas y modalidades contemplados en el artículo 2 de la Ley 2039 del 2020 de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.5.6.3. del Decreto 952 de 2021. El reconocimiento de experiencia profesional válida operará únicamente si el estudiante ha culminado su programa formativo esto incluye la formación adicional que exija el Ministerio de Educación Nacional para el trámite de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero. **Experiencia Profesional.** Es la adquirida a partir de la terminación y aprobación del pensum académico de la respectiva formación profesional, en el ejercicio de las actividades propias de la profesión o disciplina académica exigida para el desempeño del empleo. En el caso de las disciplinas académicas o profesiones relacionadas con el Sistema de Seguridad Social en Salud, la experiencia profesional se computará a partir de la inscripción o registro profesional. La experiencia adquirida con posterioridad a la terminación de estudios en las modalidades de formación técnica profesional o tecnológica, no se considerará experiencia profesional. **Experiencia Relacionada.** Es la adquirida en el ejercicio de empleos o actividades que tengan funciones u obligaciones similares. **Experiencia Laboral**. Es la adquirida con el ejercicio de cualquier empleo, ocupación, arte u oficio.	X			
	Fotocopia del RUT: (Legible y en archivo PDF)Nota: con fecha de actualización mínimo en FEBRERO de 2013	X			
	Fotocopia del RIT: (Legible y en archivo PDF)(solo en Bogotá D.C.) Nota: actualización mínimo en FEBRERO de 2013			X	
	Certificación de afiliación a Salud como Independiente en el régimen contributivo: (Legible y en archivo PDF) En caso de estar afiliado como dependiente deberá aportar constancia radicada de la novedad a "independiente" ante la EPS. (Consultar Concepto Colombia Compra Eficiente C-205 de 2020).	X			
	Certificación de afiliación como independiente a Pensión: (Legible y en archivo PDF)	X			
	Tarjeta profesional o numero de registro o matricula para las profesiones reguladas: (Legible y en archivo PDF)	X			
	Certificado antecedentes disciplinarios del consejo o colegio que regule la profesión: (Legible y en archivo PDF)	X			
	Certificado de antecedentes disciplinarios (Procuraduría): Lo debe consultar la Entidad. (Legible y en archivo PDF)	X			
	Certificado de antecedentes fiscales (Contraloría): Lo debe consultar la Entidad. (Legible y en archivo PDF)	X			
	Certificado de antecedentes judiciales (Policía): Lo debe consultar la Entidad. (Legible y en archivo PDF)	X			
	Formato GTH-F-231 Formato autorización consulta de inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad: (Legible y en archivo PDF)	X			
	Certificado de consulta de Inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de edad: Lo debe consultar la Entidad previa autorización escrita. (Legible y en archivo PDF)	X			
	Certificado Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (SRNMC): Lo debe consultar la Entidad. (Legible y en archivo PDF)	X			
	Autorización y consulta al REDAM: Ley 2097 de 2021 "Por medio de la cual se crea el registro de deudores alimentarios morosos (REDAM) y se dictan otras disposiciones". **NOTA:** Este requisito solo será exigible una vez se cuente con la plataforma y reglamentación del Gobierno Nacional necesaria para su consulta. (Legible y en archivo PDF)			X	
	Documento de la entidad financiera: En donde conste el tipó y número de la cuenta bancaría, no mayor a 180 días calendario. (Legible y en archivo PDF)	X			
	Inscripción Agencia Pública de Empleo APE: (Legible y en archivo PDF)	X			

NOMBRES Y APELLIDOS LEGIBLES DE QUIEN REVISA DEPENDENCIA SOLICITANTE	NOMBRES Y APELLIDOS LEGIBLES DE QUIEN REVISA DEPENDENCIA ENCARGADA DE CONTRATACIÓN
CONTRATISTA ( ) o FUNCIONARIO ( )	**CONTRATISTA ( ) o FUNCIONARIO ( )**

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL SENA Y A LA LEY 1581 DE 2012. NOTA: EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE DOCUMENTO SERÁ ELECTRONICO.

Leticia, 12 de enero de 2023

Señor (a):
Arturo Arango Santo
Subdirector de Centro con funciones de Director Regional
SENA

Asunto: Presentación Oferta de Servicios Personales

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta de prestación de servicios personales en los siguientes términos:

Objeto: *Prestación de servicios profesionales a la gestión de carácter temporal como apoyo en el área de contratación en los procesos operativos en cada una de las etapas contractuales en el cbta.*

Valor y forma de pago: *Se fija como valor total para el contrato la suma de TREINTA MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE ($30.586.410). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al mes de enero de 2023 por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CINCUENTA PESOS M/CTE. ($ 1.888.050), b) siete (07) pagos iguales por los meses de febrero a agosto de 2023 por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CIEN PESOS M/CTE. ($3.776.100.) cada uno, c) y un último pago por el mes de septiembre por el valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($2.265.660).*

Obrando en nombre propio, expreso mi voluntad de prestar el servicio en el plazo, forma y términos requeridos y bajo la **gravedad de juramento** manifiesto que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y disposiciones complementarias. De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada para el futuro proceso de contratación, es auténtica y corresponde a mi experiencia laboral, profesional y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

Manifiesto que he leído los documentos que soportan la futura contratación (estudios previos y análisis del sector), encontrándome habilitado(a) conforme al perfil que se requiere y hago la siguiente declaración:

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Marque con una equis (X) la opción que corresponda:

1. Que SI____ NO_X_ he sido condenado(a) mediante sentencia judicial a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas por la comisión de delitos contra la Administración pública, o de cualquiera de los delitos o faltas contempladas por la Ley 1474 de 2011 y sus normas modificatorias o de cualquiera de las conductas delictivas

contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia. (En caso afirmativo indique los detalles)._____.

2. Que SI____ NO_X_ soy socio de una empresa cuyo representante legal, administrador, miembro de junta directiva o socio controlante fue declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración pública, o de cualquiera de los delitos o faltas contempladas por la Ley 1474 de 2011 y sus normas modificatorias o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia.

3. Que SI____ NO_X_ he sido sancionado(a) disciplinariamente con destitución. (En caso afirmativo indique los detalles). _____.

4. Que SI____ NO_X_ soy actualmente servidor(a) público del estado. (En caso afirmativo indique los detalles)._____ _____.

5. Que SI____ NO_X_ fui miembro de Consejo Directivo del SENA. (En caso afirmativo indique los detalles). _____

6. Que SI____ NO_X_ fui servidor público del SENA en los niveles directivo o asesor. (En caso afirmativo indique los detalles y la fecha del retiro)._____ FECHA DE RETIRO: *(DD/MM/AA).*

7. Que SI____ NO_X_ tengo vínculado (a) en el SENA a mi conyuge o compañero(a) permanente, en un empleo de los niveles directivo o asesor, o en el Consejo Directivo, o ejerce funciones de control interno o de control fiscal en el SENA. (En caso afirmativo indique los detalles: nombres completos, cargo y parentesco). _____.

8. Que SI____ NO_X_ tengo vínculado(a) en el SENA a uno o varios parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil (padres, suegros, hijos, yerno, nuera, abuelos, hermanos, cuñados, o nietos), en los niveles directivo, asesor, o entre los miembros del consejo directivo, o con quienes ejercen el control interno o fiscal de la entidad. (En caso afirmativo indique los detalles: nombres completos, cargo y parentesco dentro de los anotados). _____ _____.

9. Que SI____ NO_X_ soy pariente en primer grado de consaguinidad, primero de afinidad, o primero civil (padres, hijos, hijastros, suegros, yerno, nuera, hijos adoptados, padres adoptantes) de un ex directivo del SENA desvinculado de la Entidad hace menos de 2 años.

RÉGIMEN DE LAS PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

10. Que SI ____NO__X__ tengo a mi cargo como particular, la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos. (Art 2 Decreto 830 de 2021)

DIRECTIVA PRESIDENCIAL 1 de 2022

11. Que SI_X__NO___ tengo actualmente suscrito otro u otros contratos de la misma naturaleza con una entidad del Estado.

No. Contrato 001 Entidad INDEPORTES.

DIRECTIVA PRESIDENCIAL 8 de 2022 – Solo aplica para contratos de prestación de servicios **de apoyo a la gestión - no profesional -**.

12. Que SI____NO___ tengo suscrito actualmente un contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión con esta u otra entidad pública.

No. Contrato _____Entidad _____

No aplica _X__

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

13. Que SI__X__ NO___ me encuentro afiliado(a) y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo con la normatividad vigente.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

14. Que SI____ NO_X_ me encuentro incurso en ninguna causal establecida en la ley para la suscripción del contrato conforme al régimen de inhabilidades o incompatibilidades y conflicto de interés vigente.

Manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Para el anterior efecto, manifiesto que antes de suscribir el presente documento consulté la guía para la identificación y declaración de conflicto de intereses en el sector público colombiano diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, la cual se encuentra publicada en la página de dicha entidad en el siguiente link http://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/bibliotecavirtual//document_library/bGsp2IjUBeu/view_file/35457539

Atentamente,



Thiana Dissan Mendoza Rojas
C. de C. No. 1.018.501.484 de Bogotá
Cel: 3105604405 thianamendozarojas@gmail.com


Ir a contenido principal
A- A A+
GOV.CO
VIERNES, 13 DE ENERO 2023
thianamendozarojas@gmail.com
Cerrar sesión
MINISTERIO DEL TRABAJO
SENA
Portal PQRSD
Ciudadano
PQRS Radicada
Su PQRS fue radicada en la Entidad a las 10:34:03 del día 13/01/23 con el Número 7-2023-006581
Le informamos que con ese número usted podrá hacer seguimiento según lo establecido en la Ley 1755 de 2015, su SUGERENCIA -ENTIDAD tiene un tiempo máximo de respuesta de 15 / 0 días siguientes a su recepción.
REGRESAR AL INICIO
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Dirección General
Calle 57 No. 8 - 69 Bogotá D.C. (Cundinamarca), Colombia
El SENA brinda a la ciudadanía, atención presencial en las 33 Regionales y 117 Centros de Formación
Conozca aquí los puntos de atención
Línea de atención al ciudadano: Bogotá +(57) 601 3430111 - Línea gratuita y resto del país 018000 910270
Línea de atención al empresario: Bogotá +(57) 601 3430101 - Línea gratuita y resto del país 018000 910682
Línea nacional, exclusiva para comunicarse con un servidor público SENA: +(57) 601 5461500
@SENA
@SENACOMUNICA
@SENACOMUNICA
@SENATV
@SENACOLOMBIA
3168760255
24°C Soleado
10:34
13/01/2023

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-01-13 12:13

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
THIANA	DISSAN	MENDOZA	ROJAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1018501484

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	AMAZONAS	Municipio	LETICIA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	AMAZONAS	Municipio	LETICIA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTA	Municipio	BOGOTA

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$30.100.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$30.100.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Gómez Vásquez E.U	CERTIFICADO APTITUD LABORAL	Código: SST.LGV Versión: 1 Página: 1 DE 3

1.DATOS GENERALES

EPS: Monet Medical EU FECHA DE ATENCION: 26/10/2021

☐ INGRESO ☐ EGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ (Programado, Cambio de Ocupación) ☐ OTROS(Post incapacidad, Reintegro)

NOMBRE YAPELLDOS: TATIANA DIOSA ROJAS C.C.: 1.098501.484

CARGO: Apoyo a Contratación

2.EXÁMENES LABORATORIO PRACTICADOS

Observación	si	No	Normal	Anormal	Fecha	Resultado
Cuadro Hemático		X				
Perfil Lipídico	X		X	28/05/21		164 mg/dl
Glicemia	X		X	28/05/21		92 mg/dl
Coprológico		X				
Koh		X				
Frotis Faríngeo		X				
Serología		X				
Fsp		X				
otros						

3.OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A. Optometría

Sí ☒ No ☐

Resultado:

Normal	☒
Patología de Refracción	☐
Inadecuadamente corregida	☐
Patología de Refracción	☐
Adecuadamente Corregida	☐
Patología de Refracción	☐
No corregida	☐

B. Espirometria

Resultado NO

Normal	☐
Patrón Obstructivo	☐
Patrón Restrictivo	☐
Patrón Mixto	☐

C. Audiometría

Resultado

Normal	☒
Hipoacusia Neurosensorial leve	☐
Hipoacusia Neurosensorial moderada	☐
Hipoacusia Neurosensorial Severa	☐
Hipoacusia Neurosensorial Profunda	☐
Hipoacusia Conductiva	☐
Hipoacusia Mixta	☐

3. CONCEPTO

3.1 INGRESO

Apto para el cargo SI ☐ NO ☐

Sin patología aparente ☐ Con patología que no limita la labor ☐

Apto con restricción: ☐ Motivo: _____

Aplazado: ☐ Motivo: _____

No cumple con requerimientos médicos para el cargo: ☐ Motivo: _____

ACTIVIDADES ESPECIALES

Apto para Trabajo en alturas

SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐

Motivo: _____

Apto para Manipular alimentos

SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐

Motivo: _____

3.2 PERIÓDICO – OTROS

Puede continuar con su labor: ☒

Se sugiere reubicación: ☐ Temporal ☐ Permanente

Se sugiere reasignación de tareas: ☐

ACTIVIDADES ESPECIALES

Apto para Trabajo en alturas

SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐

Motivo: _____

Apto para Manipular alimentos

SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐

Motivo: _____

3.3 EGRESO

Retiro sin patología aparente ☐ ☐ Sospecha de enfermedad profesional

Retiro con patología para seguimiento en EPS ☐ ☐ En proceso de calificación de origen de enfermedad

4. RECOMENDACIONES GENERALES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
☐ Remisión a EPS ☐ Continuar manejo médico ☐ Seguimiento caso por ARP ☐ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: _____	Uso de EPP Cuáles: _____ ☐ Ingreso a SVE: ☐ SIVIG-OTOM (carga física) ☐ SIVIG-OIR (ruido) ☐ PPPC-RB (riesgo biológico) ☐ Otro: _____	☐ Iniciar actividad física ☐ Dejar de fumar ☐ Reducir consumo de alcohol ☐ Control de peso ☐ Otro: _____

5. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- continuar con buenos estilos de vida y trabajo saludables / nutrición y deporte, seguir usando tapa caídas, mascarilla convencional, continuar con protocolo - 19.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE MI ESTADO DE SALUD. TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

6. FIRMA

MÉDICO	Nombre: FRANCISCO ANTONIO JEANCOURT C. Registro y Licencia S.O: 97321 LO IPS: GOMEZ VASQUEZ Firma y sello: DR. FRANCISCO BETANCOURT C. MEDICO CIRUJANO R.M. 97324 MINSALUD ESPECIALISTA S.G.S.S.T. RENOVACION L.O. 4217 NACIONAL R. AMAZONAS 017
TRABAJADOR	Firma: c.c: CC 1016021484

7. OBSERVACIONES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA ENCARGADO DEL SGSST

CERTIFICACIÓN

Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa S.A. *Certifica que la póliza de Cumplimiento Numero* **994000130033** *expedida por la compañía, fue cancelada la prima por parte del tomador, de acuerdo con lo señalado en el numeral 19 del artículo 25 de l4 ley 80 de 1993, en concordancia con el artículo 7 de la ley 1150 de 2007.*

Tomador: THIANA DISSAN MENDOZA ROJAS.
NIT: 1.018.501.484.
Asegurado: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA.
NIT: 899.999.034-1

Se firma en Bogotá el día 16 de enero de 2023

ENLACE

Firma Autorizada

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA