PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Medellín,28 febrero 2023

Señor (a)
ISABEL CRISTINA VARGAS GARCIA
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.4604049**
Cargo del supervisor Líder Bienestar al Aprendiz
Dependencia Centro Textil y de Gestión Industrial, Regional Antioquia
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual
Mes Febrero del año 2023

Referencia: No (CO1.PCCNTR.4604049) del año (2023)

CLAUDIA PATRICIA GÓMEZ FRANCO identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.017.184.561 de Medellín, en mi calidad de Contratista del SENA, en (Centro Textil y de gestión Industrial), en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, CONTRATO No. CO1.PCCNTR.4604069 a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: Treinta millones setecientos vente mil PESOS M/CTE. ($ 30.720.000). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al mes de febrero de 2023 por valor de Un millo novecientos vente mil PESOS M/CTE. ($1.920.000), b) Nueve (09) pagos iguales por los meses de marzo a noviembre de 2023 por valor de tres millones doscientos mil PESOS M/CTE. ($ 3.200.000) cada uno, este plan de pago se proyecta para 288 días de contrato.

Plazo: Será hasta el (30) de (Noviembre) de 2023

OBJETO: *(Trascriba el objeto del contrato, dentro del siguiente cuadro)*
CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, DE UN PROFESIONAL EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE, PARA PROMOVER EL DEPORTE, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE FORMACIÓN EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL INTEGRAL DE BIENESTAR AL APRENDIZ Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

Obligaciones Específicas: *(Trascriba las obligaciones específicas del contrato, dentro del siguiente cuadro).*

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Formular e implementar actividades recreativas y deportivas que involucren la participación de los aprendices en jornadas intracentros e intercentros donde se promuevan los valores.	Cronograma de Actividades Deportivas, Dia de la Mujer.	Listado de Asistencia, Uso del Gimnasio e implementos.
2	Desarrollar estrategias que fomenten el desarrollo de la actividad física y el aprovechamiento del tiempo libre, desde lo grupal e individual, buscando sensibilizar a los aprendices.	Cronograma de Actividades Recreativas, dando uso de los espacios disponibles para los Aprendices.	Préstamo de Implementos Recreativos, tenis de Mesa, Parques, Ajedrez.
3	Apoyar la gestión de espacios y recursos requeridos para el desarrollo de las actividades físicas y deportivas que se formulen.	Cronograma de los espacios, préstamo de la cancha del centro de la Manufactura Avanzada. cronograma en Elaboración.	Asistencia Reunión de planeación.
4	Participar en la formulación del plan de bienestar al aprendiz del Centro de formación según normatividad vigente.	Inducción al Proceso de apoyo a la gestión. Asistencia a Reunión Mensual.	Acta de reunión mensual.
5	Articular con el equipo que adelanta acciones del plan de bienestar, así como con los grupos internos del Centro de formación, para apoyar el desarrollo de mecanismos para la retención de aprendices, la implementación de la política de atención a personas con 80 DO-F-012 V.05 discapacidad, la política de atención con enfoque pluralista y diferencial, la inducción de aprendices, la divulgación y evaluación del plan de bienestar al aprendiz.	Participación en la inducción al proceso de apoyo a la gestión en el equipo de Bienestar al Aprendiz. Se realiza cronograma de actividades para el desarrollo de los procesos de apoyo al Aprendiz.	Acta de Reunión Mensual. Cronograma de actividades.
6	Desarrollar talleres virtuales y/o presenciales al mes que fomenten la actividad física y el deporte en los aprendices del Centro de Formación de acuerdo con el portafolio de Bienestar al Aprendiz.	Desarrollo de actividades en lo que respecta a la actividad física funcional.	Listados de Asistencia

7	Realizar registro de las actividades realizadas en el aplicativo Sofia plus y en las demás plataformas dispuestas por el supervisor del contrato en los tiempos establecidos por el mismo.	Cargue de actividades realizadas en Sofía Plus de acuerdo con las acciones.	Formatos de Asistencia. Sofía Plus.
8	Articular con el equipo que adelanta acciones del plan de bienestar, así como con los grupos internos del Centro de formación, para apoyar el desarrollo de mecanismos para la retención de aprendices, la implementación de la política de atención a personas con discapacidad, la política de atención con enfoque pluralista y diferencial, la inducción de aprendices, la divulgación y evaluación del plan de bienestar al aprendiz	Participación en la inducción al proceso de apoyo a la gestión en el equipo de Bienestar al Aprendiz.	Acta de reunión mensual.
9	Realizar informes, reportes u otros documentos asociados a las actividades relacionadas con su objeto contractual y obligaciones.	Reporte de informe para la socialización con el grupo de Bienestar al Aprendiz.	Correo electrónico
10	Realizar registro de actividades realizadas en el aplicativo de Sofía Plus y en las demás plataformas dispuestas; realizar informes, reportes y otros documentos asociados a las actividades relacionadas con el objeto contractual, haciendo uso de las plataformas institucionales de acuerdo con el aplicativo Compromiso.	Se realiza adecuado uso de los formatos estipulados por la institución. Reporte de actividades en aplicativo Sofía Plus.	Aplicativo Sofía Plus.
11	Todas los demás que sean requeridas para el cabal cumplimiento del objeto.	Se hace seguimiento de las obligaciones específicas para cumplir con las acciones correspondientes al Plan de Bienestar al Aprendiz.	Correo electrónico
12	Presentar informe de gestión mensual al supervisor y subdirector de avances según plan de trabajo. (Uso de diapositivas).	Informe mensual al supervisor de contrato con los documentos correspondientes.	Correo electrónico

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato

Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales, el Certificado de afiliación EPS, Certificado de afiliación a la ARL (positiva), Rut, Certificado Cuenta Bancaria, Certificado de Inducción de seguridad y salud en el trabajo y de discapacitados.

Declaración bajo la gravedad de juramento.

Me permito declarar **bajo la gravedad de juramento** que durante el periodo objeto de cobro SI____NO_X__ he suscrito otro u otros contratos con entidade(s) del Estado el (los) cual(es) se encuentra(n) en ejecución; la anterior declaración de acuerdo con lo establecido en el numeral 5º de la Directiva Presidencial No. 001 de 2023, a fin de identificar potenciales conflictos de interés y hacer la gestión del riesgos para la toma de decisiones dentro del principio de la debida diligencia frente a la ejecución de los contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión.

Nota: En el evento de señalar **SI,** el análisis efectuado por el supervisor y ordenador de pago deberá quedar documentado y publicado en el SECOP II en los documentos relacionados en el archivo Gestión Contractual GC_ del periodo objeto de cobro.

Evidencias en (15) folios

Cordialmente,

Firma
Claudia Patricia Gómez Franco
Contratista
C.C. No. 1017184561

Recibí a satisfacción:

Firma
ISABEL CRISTINA VARGAS GARCIA
Supervisor(a) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.4604049 de 2023
Cargo Líder Bienestar al Aprendiz

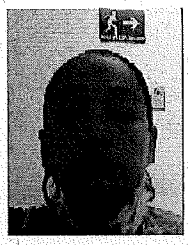
COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2023-01-24

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	CLAUDIA PATRICIA GOMEZ FRANCO	Documento:	CC 1017184561
Fecha de nacimiento:	1990-09-20	Lugar de nacimiento:	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
Edad:	32 años	Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	CALLE 79 43 30	Municipio:	MEDELLIN
Teléfono:	3045281841	Escolaridad:	Estudios_posgrado
Ocupación:	CONTRATISTA	EPS:	Sura
Responsable**:	ALBA FRANCO (MADRE)	Teléfono:	2124163
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Covid-19 - Dosis 3 - Ultima dosis: 2022/01/17 astrazeneca

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a CLAUDIA PATRICIA GOMEZ FRANCO con documento de identificación No. 1017184561 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de CONTRATISTA del sector económico Servicios

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.
2. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CARDIOVASCULAR FRAMINGHAM : De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como RIESGO BAJO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo definido para su alteración del peso por Nutricionista.
2. Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo de su patología Metabolica.
3. Se recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo de su alteración de la tensión arterial.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Alterado leve; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON SU TENSION ARTERIAL: Su alteración en los niveles de la presión arterial es una enfermedad de origen común que actualmente está en tratamiento controlado y que NO le genera restricciones ocupacionales para la ocupación. Requiere continuar siendo evaluado y manejada en su entidad de salud para su control y seguimiento.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR PATOLOGIA METABOLICA: Su alteración del peso constituye una enfermedad metabólica de origen común que NO le genera ningún tipo de restricción ocupacional directa actualmente para la ocupación, pero se requiere que sea evaluada y manejada en la EPS en que este afiliado, para su control y seguimiento. Esto eventualmente pudiera generar dificultades para el desplazamiento con carga adicional o con necesidad de una movilización rápida, o realizar una actividad física intensa por periodos de tiempo prolongado, por lo que esta situación debe ser evaluada de acuerdo a las condiciones específicas en que se desempañara el trabajo en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa.

- Distancia nasopupilar ojo izquierdo:
- Altura bifocal:
- Filtro/Tratamiento:
- Material de los lentes:
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado:
- Remisiï¿½n a la EPS:
- Control en la fecha: 0000-00-00 (AAAA-MM-DD)

8. DIAGNOSTICOS

Z010 - Exámen de ojos y de la visión

9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO
Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual

10. RECOMENDACIONES
Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.

-Control optométrico anual

Lucia Paola Murillo A

LUCIA PAOLA MURILLO ANDRADE
Optómetra
Fundación Universitaria Área Andina
Resolución Nº 66-1461-15 SSSPSA

Claudia Gómez F.

Indice der

CLAUDIA PATRICIA GOMEZ FRANCO
Documento: 1017184561

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: robinsson.blandon
Fecha: 2023-01-24 Hora: 08:01

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **CLAUDIA PATRICIA GOMEZ FRANCO** con **CC** No. **1017184561**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 13/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 13/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012459226.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Hace constar:

Que el Sr(a) CLAUDIA PATRICIA GOMEZ FRANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1017184561 realizó el día 16/02/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CLAUDIA PATRICIA GOMEZ FRANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1017184561 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Claudia Patricia Gomez Franco
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CLAUDIA PATRICIA GOMEZ FRANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1017184561 el día 16/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas