PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Santa Rosa de Osos, 28 de febrero de 2023.

Señor (a)
GERMAN MAYA RAMIREZ.
SUPERVISOR CONTRATO No. **4562365**
Coordinador académico.
Centro Textil y de Gestion Industrial.
Santa Rosa de Osos.

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes 02 del año 2023

Referencia: No 4562365 del año 2023

Dora Liliana Ruiz Jaramillo, identificado con la cédula de ciudadanía No. 26.203.544 de Monteria, en mi calidad de Contratista del SENA, en el Centro Textil y de Gestión Industrial subsede Santa Rosa de Osos en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: Cuarenta y dos millones trecientos treinta y tres mil novecientos diez PESOS M/CTE. ($42.333.910). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un (1) primer pago correspondiente al mes de febrero de 2023 por valor de tres millones cuatrocientos catorce mil veinticinco PESOS M/CTE (3.414.025). b) Nueve (9) pagos iguales correspondiente a los meses de Marzo hasta noviembre por valor de cuatro millones noventa y seis mil ochocientos treinta PESOS M/CTE. ($4.096.830) cada uno, c) un (1) ultimo pago correspondiente al mes de diciembre de 2023 por valor de dos millones cuarenta y ocho mil cuatrocientos quince PESOS M/CTE. ($2.048.415) cada uno, este plan de pago se proyecta para 310 días de contrato sin exceder el 15 de diciembre de 2023, este plan de pago está sujeto a modificaciones de acuerdo con la fecha de inicio del contrato.

Plazo: Será hasta el 15 de Diciembre de 2023.

OBJETO:
PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN EN LA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA TÉCNICA EN EL CTGI

Obligaciones Especificas: *(Trascriba las obligaciones especificas del contrato, dentro del siguiente cuadro)*

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Apoyar en la recepción, registro y verificación de los documentos de los aspirantes y al diligenciamiento del formato de	Acompañamiento a instituciones educativas para el proceso de inscripcióny recolección de documentos para	Documentos recibidos.

	matrículas del programa de articulación con la educación media	matriculas.	
2	Participar en la planeación de los procesos de inducción y formación de los aprendices matriculados en las fichas de los programas de formación técnicos de la articulación del Sena con la educación media	Preparacion y planeación e induccion.	portafolio del intructor.
3	Realizar, proceso de inducción, reinducción e impartir formación a los aprendices matriculados en las fichas de los programas técnicos de la articulación del Sena con la educación media.	Induccion a fichas asigandas.	Evidencias de inducción.
4	Impartir formación Tecnica y transversal a los aprendices en las instituciones educativas de acuerdo con los programas tecnicos matriculados en la articulación del Sena con la educación media.	Formacion.	Portafolio del instructor. Guias de aprendizaje.
5	Efectuar los procesos evaluativos y de seguimiento de la etapa lectiva y productiva de los aprendices matriculados.	N/A	N/A
6	Reportar al gestor del programa de articulación y en la plataforma definida, las novedades del proceso de formación de los aprendices	Reporte de novedades tales como deserciones.	Reporte de novedades.
7	Registrar los juicios de evaluación de los resultados de aprendizaje y competencias técnicas, transversales y etapa práctica.	N/A	N/A
8	Realizar, sensibilización de la comunidad educativa de las instituciones articuladas e interesadas, verificación de ambientes de formación, transferencia y acompañamiento técnico pedagógico a los docentes pares.	Se realizo sensibilización en las I.E asignadas para la oferta academica 2023 y verificación de ambientes de aprendizaje.	Listados de asistencia, formato de ambientes.
9	Apoyar en la recepción y	N/A	

	verificación de los documentos de aprendices en los procesos de certificación y encadenamiento y demas procesos administrativos requeridos en la gestión del proceso		

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 y los desplazamientos realizados y el decreto 1273 de 2018. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

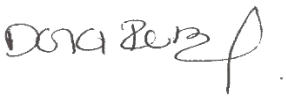
Declaración bajo la gravedad de juramento.

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 2022, 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 (14) folios

Cordialmente,



Firma

DORA LILIANA RUIZ JARAMILLO
Nombres y apellidos:
Contratista
C.C. No. 26.203.544

Recibí a satisfacción:

Firma

German Maya Ramírez
Supervisor Contrato 4562365 de 2023
Coordinador Académico

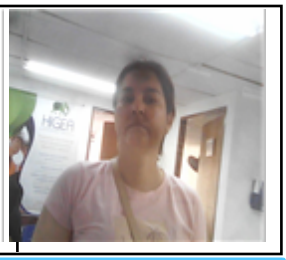
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 3146682467

PARTICULAR



Fecha Examen : **04/08/2021 HORA : 10:02**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	***DORA LILIANA RUIZ JARAMILLO***			DOCUMENTO	CC - 26203544
				PROFESION	ADMINISTRADORA DE EMPRESAS
LUGAR DE NACIMIENTO	TIERRALTA			DIRECCION	CALE 53B 85-31 CALSANZ
F.NACIMIENTO	07/07/1983	SEXO	FEMENINO	TELEFONO	3137952802
EDAD	38 Años - 0 Meses - 29 Dias	RH:	A+	MUNICIPIO	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			E.P.S.	SURA
ESCOLARIDAD	Superior	N. HIJOS :	0	A.F.P.	COLFONDOS
CARGO A DESEMPEÑAR	**INSTRUCTOR**			A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	23/01/2021	Antiguedad	0 Años 6 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	No realizado
Glicemia	NORMAL
Hemoleucograma y Sedimentación	RECUENTO DE CELULAS DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
PERFILLIPIDICO	NIVELES DE GRASA EN SANGRE DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
Columna y Osteomuscular	ASINTOMATICA
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	VISIOMETRIA NORMAL
TAMIZAJE RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO RIESGO CORONARIO A 10 AÑOS

PERIMETRO ABDOMINAL: 91CMS; P. DE CADERA:118; PESO79KLS, TALLA :1.63MTS; IMC: 29.73 . REALIZA EJERCICIO CON FRECUENCIA , INCIO CONTROL DE DIETA.

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto para el cargo sin patologia aparente	**X**
Apto para el cargo con patología que no limita la labor	
Apto para el cargo a desempeñar con restricciones	
Motivo:	
Aplazado	
Motivo:	
No Apto para el cargo	
Motivo:	
Próxima valoración ocupacional	

EX. VIS.	Cerca S.L	Lejos S.L	Cerca C.L	Lejos C.L	Usa Corrección
OD	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	NO
OI	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	**Visión Cromática**
AO	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

REFEIRE QUE YA TIENE VACUNA UNIDOSIS CONTRA EL COVID-19 (JANSSEN9
TAMIZAJE RIESGO CARDIOVASCULAR: BAJO RIESGO CORONARIO A 10 AÑOS

RESTRICCIONES: NINGUNA.
RECOMENDACIONES.
SUGIERO CONROL DE SU SOBREPESO
Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra
Mantener una adecuada hidratacion.
Realizar pausas activas
Fomentar la prevención de desórdenes osteomusculares
Mantener una buena higiene postural
Cumplir a cabalidad con las normas de seguridad y salud del empleador
Disminuir de Peso.

S.V.E.	
Visual	
Auditivo	
Ergonómico	x
Psicosocial	
Cardiovasc.	
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	

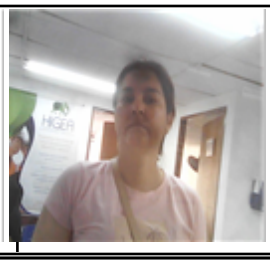
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 3146682467

PARTICULAR



Fecha Examen : **04/08/2021 HORA : 10:02**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**

Remisión EPS : **NO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el cargo dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos; acorde a la normatividad vigente.
El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido las recomendaciones y / o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007

CARLOS AMADOR ALVAREZ GOMEZ

Registro Médico : 54395-89 Licencia S.O. 2021060010892

DORA LILIANA RUIZ JARAMILLO

CC - 26203544

Alvaro Rodríguez Martínez

OPTOMETRA
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

Registro 096

Fecha: 27 - 1 - 2023

Nombre: Don Cristian Ruiz

Optometria

1/ Agudeza visual lejos, 20/20 cerca 20/20

2/ Examen Externo, normal

3) Oftalmoscopia, normal

4) Test Color, normal

5) Retinoscopia, NO

6) Rx Emetrope Presbicia

7) Remite, Bien visión AO

Don

Alvaro Augusto Rodriguez M.
Universidad de la Salle
Reg. 096

OPTICA ATENAS

Calle 55 No. 46 - 14 Local 115 Cels.: 321 820 19 76 - 312 205 72 68 Edificio Perú
Av.Oriental - Medellín

Scanned by TapScanner

EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe

Laboratorio Clínico
Medellin - Colombia

Nombres:	RUIZ JARAMILLO DORA LILIANA		
Historia Clínica:	HC-1547990	**Orden:**	202301270321
Tipo de Identificación:	Cédula de ciudadanía	**Médico:**	
Identificación:	26203544	**Servicio:**	Laboratorio clínico
Género:	Femenino	**Fecha de ingreso:**	27/01/2023 7:42:54
Edad:	39 Años	**Fecha de impresión:**	
Fecha de nacimiento:	07/07/1983		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Fecha Validacion
QUÍMICA GENERAL				
Glicemia	89	mg/dL	60 - 100	27/01/2023 9:13:25
Técnica:Fotometría				

Neebelly Echavarria Pelaez
Reg. 91-0010-08

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 **DORA LILIANA RUIZ JARAMILLO** con **CC** No. **26203544**, 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:** 07/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 07/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **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): 202301012519537.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 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:

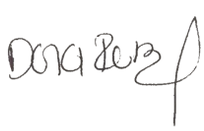
Que el Sr(a) DORA LILIANA RUIZ JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26203544 realizó el día 17/02/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 DORA LILIANA RUIZ JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26203544 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.



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) DORA LILIANA RUIZ JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26203544 el día 17/02/2023 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