SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANOFACTURA AVANZADA-ANTIOQUIA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **920410** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **19919-021154** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | TITO NUÑEZ BLANDON | **C.C.** | 1.128.468.194 | **IP/Nº de contacto** | 43369 |
| **Correo electrónico contratista:** | tito_jnb@hotmail.com | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 65333446612

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 5138146/2023 **Nº Compromiso SIIF** **72523**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 22.805.687 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 22.805.687 | **1** | **Del** | **29/06/2023** | **Al** | **30/06/2023** | **$ 273.122,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 22.532.565 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÒN DE SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÒN PROFESIONAL INTGRAL TITULADA MEDIANTE LA MODALIDAD PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN EL ÀREA MEDIA TÈCNICA EN LAS QUE SE REQUIERA SUPLIR LA NECESIDAD R

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 273.122 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 273.122** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 0** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Junio | Mayo |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **Decreto 1273 de** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 28.300 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 68.280 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ - | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 11.546 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | TARIFA |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 0,00 | |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 - 8299 | 0,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 1.092,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$272.030,00** | |

**SON: DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL TREINTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Verificar el anexo informe de actividades correspondientes al mes de Junio de 2023, que reposa en el expediente 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 diligenciados.

**TITO NUÑEZ BLANDON**
**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,

**JOHN ALONSO MONSALVE JARAMILLO**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**JAIME ANDRES LONDOÑO MEJIA**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

MEDELLIN, Junio 23 de 2023

Señor:
NUÑEZ BLANDON TITO JULIAN
CC. 1128468194
CL 63 C 96 A 39 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 10 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUNEZ BLANDON TITO JULIAN | 1128468194 | C | Abr-10-2023 | 8 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| PARMAO DISTRIBUCIONES SAS | 1128468194 | Dependiente | VIGENTE |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1128468194,** se encuentra afiliado/a desde **27/08/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de junio de 2023.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 **TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON** con **CC** No. **1128468194**, 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:** 29/06/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 29/06/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** INSTRUCTOR<br>**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): 202301017180465.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de julio 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14877391515

(415)7707212489984(8020) 000001487739151 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 8 4 6 8 1 9 4 | 5 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 2 8 4 6 8 1 9 4 | 2 0 0 6 0 6 2 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NUÑEZ | BLANDON | TITO | JULIAN |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| TITTUS | TT |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 63 C 96 A 399 URB TRICENTENARIO

42. Correo electrónico: tito_jnb@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 3 2 4 8 7 | 3 1 0 6 0 3 2 5 3 9 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 9 0 0 4 | 2 0 0 9 1 2 0 1 | 5 9 1 1 | 2 0 0 9 1 2 0 1 | | 5 9 1 2 | 8 5 5 3 | 3 1 3 1 | 1 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

53. Código 49

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

54. Código

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 11 - 20 / 17 : 30: 36

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre NUÑEZ BLANDON TITO JULIAN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# Certificado Bancario

Jueves, 22 de junio de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que TITO JULIAN NUEZ BLANDON identificado(a) con CC 1128468194, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 65333446612 | 2007/05/17 | CXC PENDIENTES |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

# SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## (GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

| Ciudad y Fecha de Expedición | Póliza | | Documento |
|---|---|---|---|
| MEDELLIN, 28 DE JUNIO DE 2023 | 3673701-3 | | 15141516 |
| **Intermediario** | **Código** | **Oficina** | **Referencia de Pago** |
| JANETH ANGEL ALVAREZ | 89984 | 4035 | 01215141516 |

**TOMADOR**

| CEDULA | Razón Social y/o Nombres y Apellidos | |
|---|---|---|
| 1128468194 | TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON | |
| **Dirección** | **Ciudad** | **Teléfono** |
| CR 63 C 96 A 399 URBANIZACION TRICENTENARIO | MEDELLIN | |

**GARANTIZADO**

| CEDULA | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 1128468194 | TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON |

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

| NIT | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 8999990341 | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA |

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

| COBERTURA | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 29-JUN-2023 | 15-ABR-2024 | 2.280.569,00 | 50.000,00 |

| VIGENCIA DEL SEGURO | | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO | | | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde | Hasta | Días | Desde | Hasta | | | |
| 29-JUN-2023 | 15-ABR-2024 | 291 | 29-JUN-2023 | 15-ABR-2024 | $50.000 | $9.500 | $59.500 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M/L

| Documento de: | Valor Asegurado Movimiento | Prima Anual | Total Valor Asegurado |
|---|---|---|---|
| POLIZA NUEVA | $2.280.569 | $9.122 | $2.280.569,00 |

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

103 – NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 4035 | CUM001 | 01 | PESO COLOMBIANO | DIRECTO | | |

FIRMA AUTORIZADA

Tito Nuñez

FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR | COMPAÑÍA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 89984 | JANETH ANGEL ALVAREZ | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | NATURAL | 100,00 | 50.000 |

| DESCRIPCIÓN | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación Interna de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO CLAUSULADO | 01/01/2017 | 13 – 18 | P | 05 | F-01-12-084 |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/06/2017 | 13 – 18 | NT-P | 5 | N-01-012-011 |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.5138146.
OBJETO:
CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA, MEDIANTE LA MODALIDAD PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN EL ÁREA DE MEDIA TÉCNICA EN LAS QUE SE REQUIERA SUPLIRLA NECESIDAD, BAJO LA PROGRAMACIÓN QUE EL CENTRO DE FORMACIÓN REALICE EN LOS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL CENTRO DE TECNOLOGÍA DE LA MANUFACTURA AVANZADA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## (GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

| Ciudad y Fecha de Expedición | Póliza | | Documento |
|---|---|---|---|
| MEDELLIN, 28 DE JUNIO DE 2023 | 3673701–3 | | 15141516 |
| **Intermediario** | **Código** | **Oficina** | **Referencia de Pago** |
| JANETH ANGEL ALVAREZ | 89984 | 4035 | 01215141516 |

**TOMADOR**

| CEDULA | Razón Social y/o Nombres y Apellidos | | |
|---|---|---|---|
| 1128468194 | TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON | | |
| **Dirección** | | **Ciudad** | **Teléfono** |
| CR 63 C 96 A 399 URBANIZACION TRICENTENARIO | | MEDELLIN | |

**GARANTIZADO**

| CEDULA | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 1128468194 | TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON |

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

| NIT | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 8999990341 | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA |

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

| COBERTURA | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 29–JUN–2023 | 15–ABR–2024 | 2.280.569,00 | 50.000,00 |

| VIGENCIA DEL SEGURO | | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO | | | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde | Hasta | Días | Desde | Hasta | | | |
| 29–JUN–2023 | 15–ABR–2024 | 291 | 29–JUN–2023 | 15–ABR–2024 | $50.000 | $9.500 | $59.500 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M/L

| Documento de: | Valor Asegurado Movimiento | Prima Anual | Total Valor Asegurado |
|---|---|---|---|
| POLIZA NUEVA | $2.280.569 | $9.122 | $2.280.569,00 |

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

103 – NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 4035 | CUM001 | 01 | PESO COLOMBIANO | DIRECTO | | |

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR | COMPAÑÍA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 89984 | JANETH ANGEL ALVAREZ | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | NATURAL | 100,00 | 50.000 |

| DESCRIPCIÓN | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación Interna de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO CLAUSULADO | 01/01/2017 | 13 – 18 | P | 05 | F–01–12–084 |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/06/2017 | 13 – 18 | NT–P | 5 | N–01–012–011 |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.5138146.
OBJETO:
CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA, MEDIANTE LA MODALIDAD PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN EL ÁREA DE MEDIA TÉCNICA EN LAS QUE SE REQUIERA SUPLIRLA NECESIDAD, BAJO LA PROGRAMACIÓN QUE EL CENTRO DE FORMACIÓN REALICE EN LOS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL CENTRO DE TECNOLOGÍA DE LA MANUFACTURA AVANZADA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3673701–3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **TITO JULIAN NUÃ EZ BLANDON** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA** y su documento 15141516 expedida el día 28 de Junio de 2023 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

| | | |
|---|---|---|
| Prima | $ | $50,000 |
| Impuestos | $ | $9,500 |
| Total | $ | $59,500 |

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 28 días del mes de Junio de 2023.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3673701–3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **TITO JULIAN NUÃ EZ BLANDON** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA** y su documento 15141516 expedida el día 28 de Junio de 2023 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 28 días del mes de Junio de 2023.

_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

## Hace constar:

Que el Sr(a) TITO NUÑEZ BLANDON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1128468194 realizó el día 10/07/2023 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 TITO NUÑEZ BLANDON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1128468194 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 -

# EXAMEN OPTOMETRIA

Labora Vital IPS

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 4/07/2023 MEDELLIN | | **Tipo de Examen:** | INGRESO | |
| **Paciente:** | TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON | | **Identificación:** | 1128468194 | |
| **Género** | MASCULINO | **Edad:** 35 | **Teléfono** | 3106032539 | **Móvil:** 3106032539 |
| **Fecha Nacimiento:** | 29/10/1987 | | **Cargo:** | INSTRUCTOR (A) | |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | | **EPS:** | SALUD TOTAL S.A. EPS ARS | |
| **Dirección** | CARRERA 63 NUMERO 96 A 399 | | **Escolaridad:** | UNIVERSITARIO | |
| **Empresa** | NA | | | | |

## EVALUACIÓN

**Usa Computador : N** **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0

**Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N** **¿Cuales? :**

**Accidentes oculares:** NO REFIERE

**Antecedentes Personales:** CONTROL VISUAL

**Sintomatología :**

**Cirugía ocular :** N NO REFIERE

**Usa Corrección** N NO **¿Gafas? :** N **¿Lentes de Contacto?** N

### Agudeza Visual

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Visión Lejana** | **Sin Corrección** | **Derecho: 20/ 20** | **Ambos: 20/ 20** | **Izquierdo: 20/ 20** |
| | **Con Corrección:** | **Derecho: 20/** | **Ambos: 20/** | **Izquierdo: 20/** |
| **Visión Próxima** | **Sin Corrección** | **Derecho: 20/ 20** | **Ambos: 20/ 20** | **Izquierdo: 20/ 20** |
| | **Con Corrección** | **Derecho: 20/** | **Ambos: 20/** | **Izquierdo: 20/** |
| **Lensometría** | **Izquierdo :** | | **Derecho :** | **ADD :** |

Examen Externo: NORMAL

Examen Motor: NORMAL

Oftalmoscopia: NORMAL

Visión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: NEUTRO - OI: NEUTRO

Subjetivo OD: NEUTRO - AV: 20 - Subjetivo OI NEUTRO - AV: 20

Cie10: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION-Z010
Cie10: -
Cie10: -

Recomendaciones: CONTROL 1 AÑO

Diagnóstico: PACIENTE SANO

Concepto: AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

**Formula Final:** OD: OI:

**ADD :**

**Distancia Pupilar :**

**Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N**

Remitido: -

CARLOS MARIO MORENO MOSQUERA
Profesional

TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON 1128468194
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

modalidad de atención. ACEPTO que los datos que suministre harán parte de una historia clínica GARANTIZANDO privacidad y confidencialidad Y que la información suministrada de mi parte al profesional es VERAZ y CIERTA, que no omití datos de salud u otros datos relevantes, ni estoy incurriendo en falsedad de información. También autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
Se atiende paciente según protocolo de bioseguridad covid-19 con todos los Elementos de Protección Personal, uniforme antifluido, bata antifluido manga larga blanca, bata desechable manga larga, tapa boca, proteccion visual, gorro desechable y guantes desechables.'

Andres Londoño O.

Andrés Londoño Ospina
Médico y Cirujano
Especialista en valoración del daño corporal
Especialista Seguridad y Salud en el trabajo
Rm: 5-1389-08 Cc: 71224192 5744-22

Médico Especialisa en Salud Laboral
ANDRES LONDOÑO OSPINA
5744-22 5-1389-08

Firma y cédula del Paciente
TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON
1128468194

LABORA VITAL IPS

NA

# TEST DE PERSONALIDAD

**Tipo Documento:** Cédula de Ciudadanía **Numero Documento:** 1128468194

| TRASTORNOS | CANTIDAD PREGUNTAS | CANTIDAD ACIERTOS | CALIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| Adaptativo | 3 | 3 | Aprobado |
| Ansiedad | 3 | 3 | Aprobado |
| Control de impulsos | 3 | 3 | Aprobado |
| Dependiente | 3 | 3 | Aprobado |
| Disociativa | 3 | 3 | Aprobado |
| Esquizofrenia | 3 | 3 | Aprobado |
| Esquizoide | 3 | 3 | Aprobado |
| Histriónico | 3 | 3 | Aprobado |
| Narcisista | 3 | 3 | Aprobado |
| Obsesivo Compulsivo | 3 | 3 | Aprobado |
| Paranoide | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastorno de personalidad por evitación | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastorno limítrofe de la personalidad | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastorno relacionado con sustancias | 4 | 4 | Aprobado |
| Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastornos del desarrollo intelectual | 2 | 2 | Aprobado |
| Trastornos del desarrollo intelectual Abstracto | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastornos del estado de ánimo | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastornos del sueño | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastornos del sueño | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastornos mentales debido a enfermedad médica | 2 | 2 | Aprobado |
| Trastornos por comportamiento perturbador | 3 | 3 | Aprobado |

OBSERVACIONES:

PACIENTE SE PRESENTA VESTIDO DE MANERA FORMAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, ALERTA Y UBICADO TEMPORO-ESPACIAL; MUESTRA CONFIANZA Y BUENA PROPENSIÓN HACIA LOS NUEVOS VÍNCULOS, SE PUEDE OBSERVAR CAPACIDAD DE ESCUCHA SE EVIDENCIA AFECTO ADECUADO NO ALTERACIÓN DEL JUICIO DE LA REALIDAD NO SE OBSERVA PENSAMIENTO NI IDEACION DE MUERTE LENGUAJE VERBAL FLUIDO Y COMPRENSIBLE NIVEL INTELECTUAL NORMAL NO REGISTRA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ALCOHOL O ABUSO DE MEDICAMENTOS NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS QUE LIMITEN SU CAPACIDAD MENTAL. PACIENTE NIEGA ANTECEDENTES

Coeficiente intelectual entre 110-130

I.P.S ADILAB

Un Laboratorio de Vida

50134133



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Servicio** | : CONSULTA EXTERNA | **Sede** | : ADILAB LABORA VITAL |
| **Solicitud** | : 50134133 | **Fecha Recepción** | : 2023-07-04 07:34:25 |
| **Paciente** | : TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON | **Fecha Validación** | : 2023-07-04 09:00:44 |
| **Identificación** | : 1128468194 | **Fecha Impresión** | : 2023-07-04 09:33:36, |
| **Convenio** | : IPS LABORA VITAL | **Edad/Sexo** | : 35 / M |
| **Telefono** | : | **Fecha Nacido** | : 1987-10-29 |

| ANALISIS | RESULTADO | | VALORES DE REFERENCIA | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **COLESTEROL TOTAL** | | | | | |
| Resultado: | 234 | mg/dl | | | |
| Metodo:Colorimetrico | | | | | |
| Valores de Referencia: | | | | | |
| Deseable: 50 – 200 mg/dL. | | | | | |
| En el límite superior: 200 – 239 mg/dL. | | | | | |
| Alto: Mayor de 240 mg/dL. | | | | | |
| **TRIGLICÉRIDOS** | | | | | |
| Resultado: | 283 | mg/dl | | | |
| Metodo:Colorimetrico | | | | | |
| Valores de Referencia: | | | | | |
| Normal: Hasta 150 mg/dl | | | | | |
| Limitrofe Alto: 150 - 199 mg/dl | | | | | |
| Alto: 200 - 499 mg/dl | | | | | |
| Muy Alto: 500 mg/dl | | | | | |
| **COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]** | | | | | |
| Resultado: | 56 | mg/dl | | | |
| Metodo:Enzimatica Directa | | | | | |
| Hombres : 35 a 70 mg/dl | | | | | |
| Mujeres : 40 a 80 mg/dl | | | | | |
| **COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] CALCULADO** | | | | | |
| Resultado: | 121 | mg/dl | | | |
| Metodo:Formula Friedewald | | | | | |
| Valores sospechosos a partir:150 mg/dl | | | | | |
| Valores elevados a partir:190 mg/dl | | | | | |
| **GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE** | | | | | |
| Resultado: | 98 | mg/dl | 70 | - | 100 |
| Metodo:Colorimetrico | | | | | |

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

**Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellin - Colombia**
**Telefonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324**
**www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co**

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 50134133

**URL :** https://acortar.link/vI3yLL

I.P.S ADILAB

Un Laboratorio de Vida

50134133



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Servicio** | : CONSULTA EXTERNA | **Sede** | : ADILAB LABORA VITAL |
| **Solicitud** | : 50134133 | **Fecha Recepción:** | 2023-07-04 07:34:25 |
| **Paciente** | : TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON | **Fecha Validación:** | 2023-07-04 08:46:19 |
| **Identificación:** | 1128468194 | **Fecha Impresión :** | 2023-07-04 09:33:36. |
| **Convenio** | : IPS LABORA VITAL | **Edad/Sexo** | : 35 / M |
| **Telefono** | : | **Fecha Nacido** | : 1987-10-29 |

## HEMOGRAMA IV METODO AUTOMATICO

METODO: CITOMETRIA DE FLUJO

| ANALISIS | RESULTADO | | VALORES DE REFERENCIA | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RECUENTO DE ERITROCITOS | 5.02 | x10^6/uL | 4.2 | - | 6.1 |
| HEMOGLOBINA | 16.8 | g/dl | 12.0 | - | 18.0 |
| HEMATOCRITO | 48.6 | % | 36.0 | - | 54.0 |
| MCV | 96.9 | fl | 80.0 | - | 100.0 |
| MCH | 35.4 | pg | 27.0 | - | 34.0 |
| MCHC | 36.6 | g/dl | 32.0 | - | 36.0 |
| ANCHO DIST. ERITROCITARIA | 12.4 | % | 11 | - | 16 |
| RECUENTO DE PLAQUETAS | 276 | x10^3/uL | 150 | - | 450 |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO | 8.4 | fl | 6.5 | - | 12.0 |
| PLAQUETOCRITO | 0.23 | % | 0.1 | - | 0.4 |
| RECUENTO DE LEUCOCITOS | 12.2 | x10^3/uL | 5.2 | - | 12.4 |
| % NEUTROFILOS | 62.3 | % | 40.0 | - | 74.0 |
| % LINFOCITOS | 32.9 | % | 19.0 | - | 48.0 |
| % MONOCITOS | 4.8 | % | 0.0 | - | 10.0 |
| RECUENTO ABSOLUTO DE LEUCOCITOS | | | | | |
| # NEUTROFILOS | 7.60 | x10^3/cel | 2.5 | - | 7.5 |
| # LINFOCITOS | 4.01 | x10^3/cel | 1.5 | - | 4.5 |
| # MONOCITOS | 0.59 | x10^3/cel | 0.2 | - | 0.8 |

OBSERVACIONES

**RESULTADO VERIFICADO EN LA MISMA MUESTRA.**

Validado Por:

SERGIO ANDRES ORTIZ VALLE

T.P-1036600471

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellin - Colombia
Telefonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324
www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 50134133

**URL :** https://acortar.link/vI3yLL

I.P.S ADILAB

Un Laboratorio de Vida

50134133



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Servicio** | : CONSULTA EXTERNA | **Sede** | : ADILAB LABORA VITAL |
| **Solicitud** | : 50134133 | **Fecha Recepción** | : 2023-07-04 07:34:25 |
| **Paciente** | : TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON | **Fecha Validación** | : 2023-07-04 09:00:44 |
| **Identificación** | : 1128468194 | **Fecha Impresión** | : 2023-07-04 09:33:36. |
| **Convenio** | : IPS LABORA VITAL | **Edad/Sexo** | : 35 / M |
| **Telefono** | : | **Fecha Nacido** | : 1987-10-29 |

| ANALISIS | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|

Validado Por:

SERGIO ANDRES ORTIZ VALLE

T.P-1036600471

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellin - Colombia
Telefonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324
www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 50134133

**URL :** https://acortar.link/vI3yLL

Labora Vital IPS

# CONCEPTO MEDICO INGRESO

**H.C.:** 1128468194-375154

**Fecha y Lugar:** 4/07/2023 MEDELLIN

## 1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

**Empresa Contratante:** PARTICULAR
**Dirección:**
**Teléfono(s):** 0
**NIT:** 1
**Ciudad:** MEDELLIN
**E-Mail:**
**Empresa en Misión:**
**Actividad Económica:**
**Nivel de Riesgo:** 1

## 2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

**Nombre:** TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON
**Identificación:** 1128468194
**Rh:** RH O+
**Género:** MASCULINO
**Edad:** 35
**Teléfono:** 3106032539
**Móvil:** 3106032539
**Fecha y Lugar de Nacimiento:** 29/10/1987 MEDELLIN
**Cargo:** INSTRUCTOR (A)
**Estado Civil:** SOLTERO(A)
**Escolaridad:** UNIVERSITARIO
**Dirección:** CARRERA 63 NUMERO 96 A 399 MEDELLIN
**EPS:** SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
**ARL:** NO REPORTA
**AFP:** COLPENSIONES

## 3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

## 4. ACLARACIONES AL CONCEPTO MÉDICO

CONTINUAR TRATAMIENTO EN SU EPS PARA CONDICIONES DE BASE.

## 5. RESTRICCIONES

NO

## 6. RECOMENDACIONES

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO.
EN PUESTOS DE TRABAJO CON UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE CÓMPUTO Y PANTALLAS:
EVITAR REFLEJOS EN LA PANTALLA
TRABAJAR EN UNA HABITACIÓN CON ILUMINACIÓN HOMOGÉNEA
EMPLEAR UN TAMAÑO DE LETRA LEGIBLE
HACER DESCANSOS Y PRACTICAR EJERCICIOS VISUALES
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
EVITAR FORZAMIENTO DE LA INTENSIDAD DE LA VOZ
MANTENER UNA BUENA HIDRATACIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES.

## 7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| **ANEXO PSICOMETRICO** | NORMAL |
| **OPTOMETRIA** | NORMAL. |
| **GLICEMIA** | REALIZADO |
| **HEMOGRAMA IV** | REALIZADO |
| **PERFIL LIPIDICO** | REALIZADO |
| **ANEXO CARDIOVASCULAR** | REALIZADO |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | NORMAL |

## Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

| | |
|---|---|
| CARDIOVASCULAR | PROGRAMA DE PESO SALUDABLE. |

## Información de Remisiones

| | |
|---|---|
| NUTRICION | ENFOQUE DE PESO SALUDABLE. |
| MÉDICINA GENERAL EPS | ENFOQUE CLINICO POR PARACLINICOS ALTERADOS (PERFIL LIPIDICO) |

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar la capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento que le sean realizadas
En la fecha como mayor de edad identificado como aparece al lado de la firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias
De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, Autorizo a LABORA VITAL IPS, para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría /visiometría, toma de muestra de sangre y de otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias necesarias según el cargo a desempeñar ? también autorizo en el caso de requerirse realización de consulta médica por modalidad de telesalud /telemedicina, del cual fui informado y tengo pleno conocimiento que se realiza a través de contacto telefónico / video llamada. ENTIENDO QUE mi atención podrá ser derivada a una atención presencial, si el profesional de salud así lo define, COMPRENDO que yo puedo ELEGIR la

Nombre Especialista
ANA MOYA BUSTAMANTE

Número de Registro
135289

Firma Especialista

Huella Especialista

INTEGRIDAD PÚBLICA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# Tito Julián Núñez Blandón

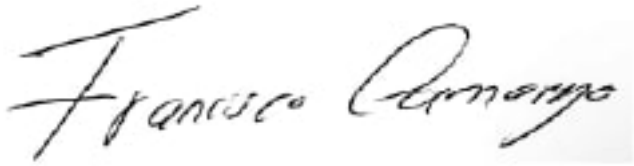
C.C 1.128.468.194

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 12 de julio 2023



Francisco Camargo Salas

**Director de Empleo Público**

Código: 761781491000

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) TITO JULIAN NUÑEZ BLANDON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1128468194 el día 10/07/2023 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