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	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**88277-532341**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ	**C.C.**	71.269.375	**IP/Nº de contacto**	43316
Correo electrónico contratista:	mjgomez@sena.edu.co				

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** 00982146631

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: 5845855/2024 **Nº Compromiso SIIF** **18024**

Valor Total del Contrato	$ 46.143.965	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 46.143.965	**1**	**Del**	**05/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 3.870.139,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 42.273.826		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: 5_9204_165 CONTRATACION DE INSTRUCTORES SERVICIOS PERSONALES PLANEAR Y ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN LAS AREAS EN QUE SE REQUIERA SUPLIR LA NECESIDAD DEL CTMA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.870.139		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	**$ 3.870.139**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.543.279**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**decreto 1273 20**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.543.279,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.548.056	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.428.839,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.600	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.700	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL III	$ 37.800	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 967.534	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,400%
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -		Jaime Isaza Cadavid	15.481,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 753.040	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 847.760				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$3.854.658,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplir con la carga académica de la formación titulada y complementaria asignada por la coordinación, acorde con el diseño curricular
Participar, apoyar, implementar y acompañar en actividades programadas por las redes de conocimiento del Sena relacionadas con la form
Desarrollar las actividades planteadas en el procedimiento “desarrollocurricular” establecido por el Sena: proyecto de formación, pla
Disponer para los aprendices los productos y /o materiales del desarrollo curricular en la plataformatecnológica, territorium o su eq
Articular proyectos de formación, crear ruta de aprendizaje y asociar aprendices a la ruta en la plataforma Sofía, al igual que regist
Entregar al supervisor del contrato la información que le sea solicitada en relación con el proceso de ejecución de la formación: proy
Reportar novedades de deserción, retiros voluntarios, aplazamientos, trasladosyreingresos,ala coordinación académica y área de reg
Aportar iniciativas, propuestas, gestióny ejecución de sugerencias que desdesu formación y desde su labor como instructor, puedan fort
Realizar el acompañamiento y hacer la entrega de las actividades relacionadas con la ejecución de la etapa productiva y el seguimiento

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.

MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ
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,

INDULFO ANDRES CASTRILLON TABORDA
INSTRUCTOR

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

GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ MORALES

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **71269375** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 71269375
NOMBRES Y APELLIDOS	MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	206
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **23/01/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **71.269.375**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Certificado Bancario

Martes, 23 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ identificado(a) con CC 71269375, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	00982146631	2012/04/17	ACTIVA

***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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ** identificado con **CC** No. **71269375**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 19/10/2013 **Fecha de inicio de cobertura:** 03/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401012566233.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
MEDELLIN, 03 DE FEBRERO DE 2024	3840832–6		15545841
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
ANDRES FELIPE SANCHEZ USME	64333	2600	01215545841

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
71269375	MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CL 53 D # 85 E – 46		MEDELLIN	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
71269375	MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01–FEB–2024	13–ABR–2025	4.659.052,00	50.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
01–FEB–2024	13–ABR–2025	437	01–FEB–2024	13–ABR–2025	$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	$4.659.052	$18.636	$4.659.052,00

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	2600	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

MANUEL JOSE

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
64333	ANDRES FELIPE SANCHEZ USME	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	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.5845855.
OBJETO:
5_9204_165 CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
TITULADA Y COMPLEMENTARIA, MEDIANTE LA MODALIDAD PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN LAS ÁREAS EN LAS QUE
SE REQUIERA SUPLIR LA 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 3840832-6 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 15545841 expedida el día 03 de Febrero de 2024 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 03 días del mes de Febrero de 2024.



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 3840832–6 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 15545841 expedida el día 03 de Febrero de 2024 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 03 días del mes de Febrero de 2024.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14683806237

(415)7707212489984(8020) 000001468380623 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 2 6 9 3 7 5	0	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	7 1 2 6 9 3 7 5	2 0 0 1 0 3 2 1

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
GOMEZ	GONZALEZ	MANUEL	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 53 D CR 85 E 46 IN 333

42. Correo electrónico: manolo4370@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 3 7 2 1 7 3	3 0 0 3 3 1 7 7 4 5

CLASIFICACIÓN

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 2020 - 02 - 16

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ GONZALEZ MANUEL JOSE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DR. JORGE NELSON MOLINA MARTÍNEZ
Habilitación: DHS507823
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Cra 48 # 46-89, Bello - Antioquia
Teléfono : 314 684 7053
jonemo38@yahoo.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2023-01-12	BELLO (Antioquia)	Pre-Ingreso	**792419**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
MANUEL JOSÉ GÓMEZ GONZÁLEZ	CC 71269375	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1983-03-10	39 años	O-	93 kilogramos	185 centimetros	27.17

Dirección Residencia	Teléfonos
	3003317745

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
DOCENTE	NIT 091421413667 Sena	Sena



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2023-01-12. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Visiometría Ocupacional (2023-01-12), Evaluación Osteomuscular Ocupacional (2023-01-12), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2023-01-12), Perfil Lipídico (2023-01-12), Uroanalisis (2023-01-12)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador y los requerimientos del perfil del cargo.

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Permitir al trabajador realizar una pausa activa cada 2 horas durante la jornada laboral.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Permitir hidratación permanente durante la jornada laboral.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- **Control Médico en** 12 meses..

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
Dr. Jorge Nelson Molina Martínez
Registro No.: 11404
LSST.: 2021060010903

Firma del Usuario
MANUEL JOSÉ GÓMEZ GONZÁLEZ
CC.: 71269375

Valide este documento en:
`https://simeonips.com/validar/cmo/7ly5jkvz-90g3-ivj6-4xf0-4tpndg3pr02e`
Fecha Impresión: 2023-01-12 15:26:48 487403

DR. JORGE NELSON MOLINA MARTÍNEZ
Habilitación: DHS507823
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Cra 48 # 46-89, Bello - Antioquia
Teléfono : 314 684 7053
jonemo38@yahoo.com

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2023-01-12	BELLO (Antioquia)	Pre-Ingreso	**792419**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
MANUEL JOSÉ GÓMEZ GONZÁLEZ	CC 71269375	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1983-03-10	39 años	O-	93 kilogramos	185 centimetros	27.17

EPS	ARL	AFP
Sura	- No Recuerda -	Porvenir

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
DOCENTE	NIT 091421413667 Sena	Sena



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2023-01-12, el médico especialista Dr. Jorge Nelson Molina Martínez generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Aumentar la ingesta de frutas y verduras.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Bajar de peso.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control visual anual.
- Control auditivo anual.

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiene Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.
- Distanciamiento físico de mínimo 1 metro para evitar contagio por COVID-19.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

La empresa **Sena** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST

Sena

Firma del Usuario

MANUEL JOSÉ GÓMEZ GONZÁLEZ
CC.: 71269375
Fecha de recibido:

LABORATORIO CLINICO - CITOLOGÍA - SERVICIO MÉDICO
GINECOLOGIA - DERMATOLOGIA - NUTRICION - PSICOLOGIA

Salud MediLab Humanamente sensibles

NIT. 900276399-2

PACIENTE: MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ CC 71269375 *TEL: 3003317745* *REMISION No. 453*

No. HISTORIA 71269375 *SEXO: M* *EDAD: 39 A* *FECHA NAC.: 10/03/1983* *FECHA DE RECEPCION: 12/01/2023 Hora: 09:42:50 AM*

MEDICO *FECHA DE REPORTE: 12/01/2023 Hora: 11:59:14 AM*

EMPRESA: SENA

INFORME DE RESULTADOS

ANALISIS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA	
C14 - UROANALISIS			
EXAMEN FISICO QUIMICO			
ASPECTO	TRANSPARENTE		
COLOR	AMARILLO		
DENSIDAD	1010	1010	1030
pH	6.5	5.00	7.00
PROTEINAS mg/dl	NEGATIVO		
GLUCOSA	NEGATIVA		
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVOS		
BILIRRUBINA	NEGATIVA		
SANGRE OCULTA Eri/ul	NEGATIVA		
NITRITOS	NEGATIVOS		
UROBILINOGENO	NORMAL		
ESTUDIO MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO			
LEUCOCITOS POR CAMPO DE AP (40X)	1	1	3
CELULAS EPITEL. BAJAS AP (40X)	2		
CRISTALES DE URATOS AMORFOS	ESCASOS		

Paola Lopera L.

Realizado por: PAOLA LOPERA LONDOÑO Reg. 1040328095

PACIENTE: MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ CC 71269375 *TEL: 3003317745* *REMISION No. 453*

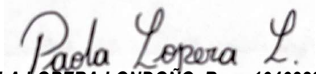
No. HISTORIA 71269375 *SEXO: M* *EDAD: 39 A* *FECHA NAC.: 10/03/1983* *FECHA DE RECEPCION: 12/01/2023 Hora: 09:42:50 AM*

MEDICO *FECHA DE REPORTE: 12/01/2023 Hora: 11:44:30 AM*

EMPRESA: SENA

INFORME DE RESULTADOS

ANALISIS	RESULTADOS		VALORES DE REFERENCIA	
- HEMOGRAMA				
ERITROGRAMA				
HEMOGLOBINA (HGB) gr/dl	16.2	**	12.00	16.00
HEMATOCRITO (HCT) (%)	51.5		40.00	54.00
HEMATIES en millones por mm3 (RBC)	5.75	**	4.00	5.50
ANCHO DE DISTRIBUCION DE ERITROCITOS (RDW) %	13.8		11.00	16.00
PRŸOMEDIO VOLUMEN CORPUSCULAR -MCV-PVC-(FL)	89.7		80.00	100.00
PROMEDIO HEMOGLOBINA CORPUSCULAR -MCH-PHC-(pg)	28.1		27.00	34.00
PROMEDIO DE CONCENTRACION DE LA HEMOGLOBINA PCHC g/dl	31.4	**	32.00	36.00
LEUCOGRAMA				
RECUENTO DE LEUCOCITOS (mm3)	6300		4000	10000
GRANULOCITOS (%)	58.7		50.00	70.00
LINFOCITOS (%)	35.5		20.00	40.00
MONOCITOS (%)	5.8		3.00	14.00
GRANULOCITOS # (x 10*3/ uL)	3.7		2.00	7.00
LINFOCITOS # (x 10*3 / uL)	2.2		0.80	4.00
MONOCITOS (x 10*3/uL)	0.4		0.10	1.20
.				
RECUENTO DE PLAQUETAS (/ mm3)	225000		150000	450000
MORFOLOGIA PLAQUETARIA:	NORMAL			
VOLUMEN PLAQUETARIO	8.9		6.50	12.00
INDICE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	14.4		9.00	17.00
Tecnica: Impedancia				

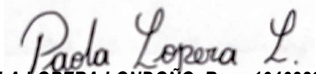


Realizado por: PAOLA LOPERA LONDOÑO Reg. 1040328095

G07 - GLICEMIA EN AYUNAS

GLICEMIA EN AYUNAS (mg/dl).	85		74	106

Valores ajustados segun edad y sexo.



Realizado por: PAOLA LOPERA LONDOÑO Reg. 1040328095

PACIENTE: MANUEL JOSE GOMEZ GONZALEZ CC 71269375 *TEL: 3003317745* *REMISION No. 453*

No. HISTORIA 71269375 *SEXO: M* *EDAD: 39 A* *FECHA NAC.: 10/03/1983* *FECHA DE RECEPCION: 12/01/2023 Hora: 09:42:50 AM*

MEDICO *FECHA DE REPORTE: 12/01/2023 Hora: 12:03:05 PM*

EMPRESA: SENA

INFORME DE RESULTADOS

ANALISIS	RESULTADOS		VALORES DE REFERENCIA	
- PERFIL LIPIDICO				
ASPECTO DEL SUERO	NORMAL			
TRIGLICERIDOS mg/dl	169			
Normal < 150				
Intermedio alto 150-199				
Alto 200-499				
Muy alto > 500				
COLESTEROL TOTAL (mg/dl)	196			
Deseable < 200				
Intermedio alto 200-239				
Alto > 240				
LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD HDL (mg/dl).	57.2			
Bajo < 40				
Alto > 60				
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL (mg/dl).	34		0	60
LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL (mg/dl).	105			
Optimo < 100				
Cercano al optimo 100-129				
Intermedio alto 130-159				
Alto 160-189				
Muy alto > 190				
RELACION COLESTEROL TOTAL/HDL	3.4	**	3.80	5.90

Paola Lopera L.

Realizado por: PAOLA LOPERA LONDOÑO Reg. 1040328095