

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL MAGDALENA CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.		Código Regional	47	
			Código Centro	911810	
			Fecha Elaboración	Febrero de 2024	
			Versión	ENERO 2024 - 1,24	
			ID de Proceso	12427-152718	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO		C.C.	1.082.878.820
Correo electrónico contratista:		jcjimenez@sena.edu.co		IP/N° de contacto	3004420485
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
				Es declarante de renta?	NO
				Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		AV VILLAS		Inducción SST	SI
				Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Tipo de cta	AHORROS
				N° Cuenta	854728370
				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					
N° del contrato:		5886191/2024		N° Compromiso SIIF	15124
Valor Total del Contrato		\$ 31.258.815	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 31.258.815	1	Del	19/02/2024
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 29.621.449		Al	29/02/2024
				Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO O ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO, APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIE			
(Descripción del servicio prestado)					
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 1.637.366	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 1.637.366	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 945.050	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Febrero	Enero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500	\$ 0	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL		\$ 6.800	\$ 0	Menos Retencion IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	\$ 0	Reteica - 8299	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	\$ 0	Pro-Hospital	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ 0	Descuentos de Libranza	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ 0	Descuentos de embargo (Si tiene)	
Dependientes hasta		\$ 1.506.080	\$ -	VALOR A PAGAR	
Salud hasta		\$ 753.040	\$ -	\$1.595.751,00	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445	\$ 315.017		
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -		
SON: UN MILLÓN QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
1.Reunión de inducción para la presentación de cuenta, realizada el día 21 de febrero por la compañera Audrys Palma y el coordinador Yair Tache de forma virtual en la plataforma de Meet.					
2.Capacitación del programa SER desde dirección NACIONAL de forma virtual mediante la plataforma Teams, los días 19,20,21,22,23-					
3.Informe mensual elaborado desde fecha inicio del contrato, 19 febrero 2024, con las actividades realizadas:					
a) inducción presentación de cuenta. b) capacitación por SER desde dirección Nacional y afiliación a la arl positiva.					
4.Afiliación exitosa de a la arl con la entidad POSITIVA en mes de febrero.					
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.					
JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO 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,					
YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES 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					
BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN					
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1082878820
NOMBRES Y APELLIDOS	Jimenez Orozco,Juan Carlos
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Jimenez Orozco,Juan Carlos, a los 22 días del mes de febrero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JIMENEZ OROZCO JUAN CARLOS** identificado(a) con **CC** número **1.082.878.820** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de septiembre de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de febrero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024022217235

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14662194393			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1082878820				6. DV 0		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta	
				14. Buzón electrónico 19			
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1082878820		27. Fecha expedición 20060622	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Magdalena		30. Ciudad/Municipio Santa Marta		001	
31. Primer apellido JIMENEZ		32. Segundo apellido OROZCO		33. Primer nombre JUAN		34. Otros nombres CARLOS	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Magdalena		40. Ciudad/Municipio Santa Marta		001	
41. Dirección principal MZ E CA 14 URB VILLA DEL MAR							
42. Correo electrónico juacajim19@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 4414172		45. Teléfono 2 3053431360			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8211	47. Fecha inicio actividad 20080125	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código 3439	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 2019 - 10 - 04			
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre MONTES LABORDE DIANA ELISA			
				985. Cargo Facilitador III			

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

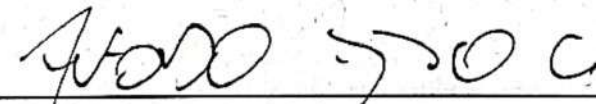
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que **JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO** identificado con el documento No. **1.082.878.820**
posee en la oficina **STA MARTA P BOLIVAR** (853) una cuenta de ahorros
No. **854728370** desde el **23 de agosto de 2012**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los **22** días del mes de **febrero** de **2024**

Atentamente,


Gerente Oficina **853**

Esta certificación tiene un costo de \$ **0,00** , el cual será debitado de su cuenta y se verá
reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **22/02/2023 08:26:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO**

Cargo **INSTRUCTOR**

Doc. Identidad **CC 1082878820**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2 CUADRO HEMATICO	3 OPTOMETRIA
4 TEST DE PERSONALIDAD	5 AUDIOMETRIA (VIA AEREA Y VIA OSEA)	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Sin restricciones para el cargo	☒	☐	Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo	☐	☐
Con restricciones para el cargo	☐	☐	Con restricciones para continuar desempeñando el cargo	☐	☐
Requiere recomendaciones específicas para el cargo	☐	☐	Requiere recomendaciones específicas	☐	☐
Aplazado	☐	☐	Requiere reubicación laboral	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	Apto para manipulación de alimentos	☐	☐
Apto para manipulación de alimentos	☐	☐	Apto para conducir	☐	☐
Apto para conducir	☐	☐	EXAMEN DE RETIRO		
			Enfermedad laboral	☐	☐
			Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
			Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ☒ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN SI ☒ NO ☐ **ARL** SI ☐ NO ☐ **EPS** SI ☒ NO ☐

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR E HIDRATACION ADECUADA PARA LA ACTIVIDAD LABORAL.

CONTROL SEMESTRAL CON OPTOMETRIA EN SU EPS.

NOTA: - CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19

Malory Saavedra

DRA. MALORY SAAVEDRA PIMIENTA
RM. 1065612272
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 0627

Jimenez Juan C.

Trabajador: JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO
CC: 1082878820

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- SE REALIZO ENCUESTA PARA COVID 19.

RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o complementarios, a partir de la información recibida. Certifico que la información que he suministrado, es verdadera, completa y no he omitido información sobre mi estado de salud, acepto el manejo de confidencialidad que SOLAB S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1581 de 2012), suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo - SG-SST.

NOTA ACLARATORIA

*Este certificado no es válido para trámites de licencia de conducción



DRA. MALORY SAAVEDRA PIMIENTA
RM. 1065612272
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 0627



Trabajador: JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO
CC: 1082878820
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CR 3 A 24 113 Teléfono: (5) 4235858 - 4361949
Email: gerencia@solab.com.co



Captura Biometrica



SOLAB SAS
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

OPTOMETRÍA

Ingreso ☒
Egreso ☐
Periódico ☐
Caso ocupacional ☐

Fecha historia 22/02/2023 14:58:00

Doc. Identidad **CC 1082878820** Nombre **JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO** Fecha Nacimiento. **05/04/1988**
Entidad **PARTICULAR** Edad **34** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de pensión **PROTECCION** EPS ARL **ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Anamnesis

Último examen visual **1 AÑO** Usa anteojos: Si ☐ No ☒ V.L. ☐ V.P. ☐ PC ☐ Bifocal ☐ Progresivo ☐ Filtros ☐
Frecuencia de uso: Permanente: ☐ Ocasional ☐ Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si ☐ No ☒
Cirugías Si ☐ No ☒ Cuál?
Accidentes oculares Si ☐ No ☐ Cuál?
Signos y síntomas: Asintomático ☒ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐
Ardor ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito ocular ☐ Salto de renglón ☐
Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE** Trae corrección óptica ☐

Agudeza Visual					
C.C.	V.L.	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				20/20	0.5 M
O.I.				20/20	0.5 M

Lensometría				
	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

O.D. **O.I.**
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva ☒ Pterigio N ☐
Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Blefaritis ☐
Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma corneal ☐
Ptosis palpebral ☐ Otros: ☐

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHOFORICO** VP **HISHBERG CENTRADO**
Ducciones **NORMALES** Versiones **NORMALES** PPC **8 CM**

Oftalmoscopia

O.D. **O.I.**
F.O.A.N. ☐ Papila normal ☐ Brillo foveal normal ☐ Catarata ☐
Escleriosis de cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión retinal ☐

Test Ocupacionales

Visión cromática			Visión de profundidad		Campo visual por vonfrontación
O.D:	NORMAL		O.D:	40 SEG DE	O.D:
O.I:	NORMAL		O.I:	40 SEG DE	O.I:

Refracción

Refracción final					AV	
Esfera	Cilindro	EJE	Adición		VL	VP
O.D:	-		+	O.D: +0.25	-	20/20
O.I:	-		+	O.I: +0.25	-	0.5 M

Interpretación

O.D	O.I	O.D	O.I
No requiere corrección óptica	☐	Defecto refractivo no corregido	☐
Defecto refractivo adecuadamente corregido	☐	Gafas no formuladas	☐
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	☐		

Diagnóstico

H520 HIPERMETROPIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente ☐ Corrección Óptica Ocasional ☐ Control 6 meses ☒ Control 1 año ☐
Optometría Clínica ☐ Valoración por oftalmología ☐ Valoración por ortóptica ☐

Valoración Normal ☐ Anormal ☐

CONCEPTO

Apto ☒ No apto ☐ **Observaciones:** NO SE DA CORRECCION OPTICA

CARMEN MABEL GRANDA RODRIGUEZ

OPTOMETRA

TP: 2189

RM: 03458



SOLAB SAS
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

AUDIOMETRÍA

Control ☐

Ingreso ☒

Retiro ☐

Nombre **JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO**

Doc. Identidad **1082878820**

Teléfono **3004420485**

Edad **34**

Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **PARTICULAR**

Fecha **22/02/2023**

Reposo Auditivo SI 12 HORAS

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

☐ SI Tiempo
☒ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Cargo Años EPP
☐ SI INSTRUCTOR
☒ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

☒ Ninguno ☐ Otitis ☐ Acúfeno ☐ Vértigo ☐ Trauma ☐ Perforación Timpánica ☐ Otagia ☐ Otorrea ☐ Hipoacusia
☐ Prurito ☐ Cirugía ☐ Detonación - Explosión ☐ Ototóxicos ☐ Otros:

Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

☒ Ninguno ☐ Polígono ☐ Servicio Militar ☐ Buceo ☐ Moto ☐ Instrumento Musical ☐ Discoteca y/o bares
☐ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

☒ Ninguno ☐ Afección Renal ☐ Parotiditis ☐ TBC ☐ Diabetes
☐ Hipotiroidismo ☐ Meningitis ☐ Paludismo ☐ Reumatismo ☐ HTA
☐ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

☒ Ninguno Parentesco
☐ Congénito ☐ Adquirido

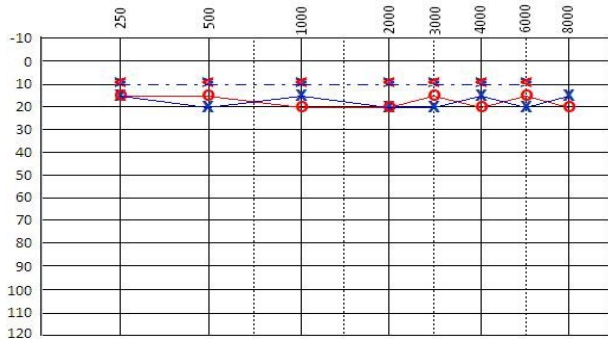
DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - AUDICION NORMAL

OTOSCOPIA

OD CAE ☒ Normal ☐ Anormal
MT NORMAL

OI CAE NORMAL
MT NORMAL



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		15	20		15		20	20	15	20	15
OD		15	15		20		20	15	20	15	20
VO OI		10	10		10		10	10	10	10	
OD		10	10		10		10	10	10	10	

NBN

WN

SN

Observaciones

CONTROL SEMESTRAL
PROTECCION AUDITIVA

Nasty Buenoliva R.

FONOAUDIOLOGA
ESP. AUDIOLOGIA
R.M. 008-520

**SOLAB IPS****NIT. 900724151-6**

Laboratorio Clínico * Salud Ocupacional * Medicina General

Cra 3a. No. 24 - 113 El Prado Tel: 4235858 - 4233613

Santa Marta-Magdalena

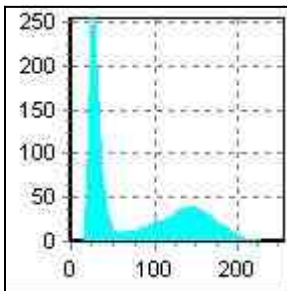
Impreso	22 feb. 2023 01:49:28 pm	RESULTADOS	Software Baxlab v20161109
Sede	PRINCIPAL		Página 1 de 1
Paciente	JIMENEZ OROZCO JUAN CARLOS	Sexo M	Edad 34A 10M 17D
Identif.	CC 1082878820		Nro. De Recepción 159221
	Teléfono 3004420485		Fecha De Recepción 22 feb. 2023 07:19:06 am
Entidad	SOLAB	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico ASIGNADO NO .

Resultados	Unidades	Valores Referencia
------------	----------	--------------------

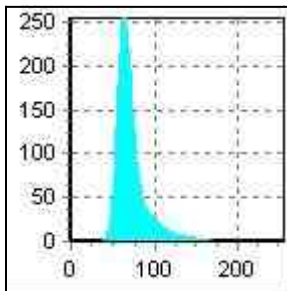
HEMATOLOGIA**1 . HEMOGRAMA TIPO IV**

Hemoglobina	12,60	gr/dl	14 a 17,40
Hematocrito	37,80	%	45 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,14	x10 ⁶ /uL	4,50 a 5,50
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	91,20	fL	70 a 96
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	30,40	pg	23 a 35
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	33,40	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	13,60	%	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	45,20	fL	20 a 42
Recuento de Leucocitos(WBC)	8,10	x10 ⁹ /L	4 a 10
Neutrófilos(%)	44,00	%	50 a 75
Neutrofilos (/mmc)	3,60	x10 ⁹ /L	2 a 7
Linfocitos(%)	49,40	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	4,00	x10 ⁹ /L	0,80 a 4
Monocitos(%)	6,60	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,50	x10 ⁹ /L	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	275	x10 ⁹ /L	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	2,58	mL/L	1 a 2,82
Volumen plaquetario medio (MPV)	9,40	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	15,70	fL	9 a 17

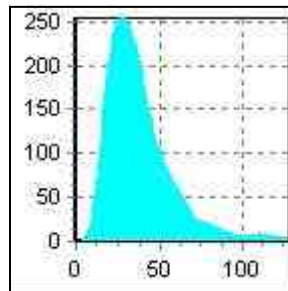
WBC



RBC



PLT

Dra Victoria Herrera Arias.
Bacterióloga

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO

IDENTIFICACIÓN: 1.082.878.820

EDAD: 34

NIVEL DE ESTUDIO: PROFESIONAL

PROFESION: ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

ÁREA /CARGO: INSTRUCTOR DE GESTION EMPRESARIAL

INFORME VALORACION PSICOLOGICA

Fecha de Atención: 22 febrero del año 2023

Empresa: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

Según la valoración psicológica realizada, el evaluado **Juan Jiménez Orozco**, se considera una persona perseverante, respetuosa, honesta y segura de sí mismo. Emocionalmente se encuentra estable. Expresa contar con los conocimientos y experiencia necesaria para cumplir con las funciones asignadas. Se percibe a sí mismo, como una persona analítica, recursivo, líder, sociable, reconoce errores con facilidad y se integra al trabajo en equipo dificultad. En cuanto a las expectativas refiere seguir creciendo adquiriendo nuevos conocimientos y lograr una estabilidad laboral.

Según el resultado de la prueba Valanti, se describen los siguientes rasgos:

- ✓ El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para el evaluado. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, apoyo, compartir, cuidado, simpatía y tolerancia.
- ✓ El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad.
- ✓ El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplimiento de metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.
- ✓ La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como concentración, reflexión, satisfacción.
- ✓ El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.



SOLAB
SALUD OCUPACIONAL - LABORATORIO CLÍNICO - MEDICINA GENERAL

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO

IDENTIFICACIÓN: 1.082.878.820

EDAD: 34

NIVEL DE ESTUDIO: PROFESIONAL

PROFESION: ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

ÁREA /CARGO: INSTRUCTOR DE GESTION EMPRESARIAL

OBSERVACIÓN:

- ✓ Durante la entrevista y aplicación del test, el evaluado se mostró con una actitud activa, tranquilo, orientado en tiempo y espacio, con un discurso fluido, tono moderado y postura adecuada.
- ✓ Se sugiere talleres propios en su cargo para mejorar la calidad de vida laboral.

RHONALD MONTERO ANGARITA

Psicólogo

Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Lic. 0921/21



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, **JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO** identificado con **CC No. 1082878820**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 8999999034	Fecha de afiliación: 12/09/2015 Fecha de inicio de cobertura: 19/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 19/02/2024 Fecha fin de Contrato: 19/08/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1 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): 202401012622146.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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



Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082878820 realizó el día 22/02/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082878820 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) JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082878820 el día 22/02/2024 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