SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL MAGDALENA**

**CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **47** |
| **Código Centro** | **911810** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **17966-368306** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 85.456.673 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | gegomezd@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 77961641198 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3116676854 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 5885982/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **36524** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 8 |

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

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **04/03/2024 Al 31/03/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 31.258.815 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 31.258.815 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.870.139,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 27.388.676 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.870.139 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | 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** | **$ 2.655.439** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Marzo | Febrero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4538206508** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.135.241 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 142.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 181.700 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 6.000 | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 24.787.566 | $ 885.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.655.439,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.546.439,00 | |
| 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 - SANTA MARTA | 24.825,00 | 0,700% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Pro-Hospital | 77.403,00 | 2,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.767.911,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS ONCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó proceso de formación a la ficha 2944405 Adecuación de Estanques Piscícolas en el La Comunidad Indígena de El Encanto Guacha

Registro y verificación de los aspirante a la formación con código de ficha 2944405 en Sofía plus

Envió del formato de agenda de desplazamiento a Yair Tache y Audrys palma

Reunión con los coordinadores y dinamizadora del programa ser

Reunión con Audry Palma para los lineamientos de cuentas y agendad de desplazamiento

Se presentó informe contractual del mes en curso, al coordinador del contrato Yair tache y Audry Palma para su respectiva revisión

**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

**GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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)**

15/03/24 20:05:28 USUARIO: SIC - C.C. 85456673

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 85456673 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | MZ 7 CS 18 | TELÉFONO: | 4307747 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4538206508** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/02/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9997610856 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 0** | **$ 208.000** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 162.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADOR | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 85456673 | GOMEZ DAZA GUSTAVO ENRIQUE | INDEPEND | | $ 1.300.000 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 370.500** |

Planilla Pagada

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14623738431

(415)7707212489984(8020) 000001462373843 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 5 4 5 6 6 7 3 | 3 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

## 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 | 8 5 4 5 6 6 7 3 | 1 9 8 7 1 2 1 4 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | DAZA | GUSTAVO | ENRIQUE |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ 7 CA 18 URB LIBANO 2000

42. Correo electrónico: gustavogomezda@gmail.com

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

## 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 |
| 7 1 1 0 | 2 0 0 5 0 4 1 5 | 8 2 9 9 | 2 0 1 7 0 5 0 1 | | | | 2 1 4 9 | |

### 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 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 2019 - 06 - 17

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# Certificado Bancario

Viernes, 15 de marzo de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA identificado(a) con CC 85456673, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 77961641198 | 2024/01/02 | 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.

# SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

**CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 787846**

**EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR**

| TIPO CERTIFICACION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. PREINGRESO [ X ] | 2. PERIóDICO PROGRAMADA [ ] | 3. RETIRO [ ] | 4. CONTROL [ ] | 5. POST INCAPACIDAD [ ] |
| 6. REUBICACIóN [ ] | 7. CASO OCUPACIONAL [ ] | 8. TRAB. EN ALTURAS [ ] | 9. ESPACIOS CONFINADOS [ ] | 10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ] |

## DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 20/02/2023 | EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO | | |
| NOMBRE: GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA | | DOC. IDENTIDAD: CC 85456673 | |
| CARGO: INSTRUCTOR | | EDAD: 53 AÑOS | |
| ESTADO CIVIL: CASADO(A) | FECHA DE NACIMIENTO: 1969-11-06 | EPS: NUEVA EPS | |
| DIRECCIÓN: CALLE10#14-80 MIRAFLOREZ | | TELEFONO: 3116676854 | |
| PESO: 97 Kg | TALLA: 185 Cm | P.ABDOMINAL: 0 Cm | IMC: 28.34 |



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS**

1) HEMOGRAMA IV 2 ) AUDIOMETRIA 3 ) OPTOMETRIA 4 ) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**EXAMEN DE PREINGRESO**

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION | [ ] | [ X ] |

**CONCEPTOS GENERALES**

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. VISUAL [ ] | 2. AUDITIVO [ ] | 3. RESPIRATORIO [ ] | 4. CARDIOVASCULAR [ ] | 5. PSICOSOCIAL [ ] | 6. ERGONOMICO [ ] | 7. OTROS [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| REMISIONES SI [ X ] NO [ ] | ARL SI [ ] NO [ X ] | EPS SI [ X ] NO [ ] |

**RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR**

HABITO VIDA SALUDABLE
DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS
EJERCICIOS RECREATIVOS.
CONTROL OPTOMETRIA E.P..S
IMC. 28.36 NUTRICIONISTA E,P,S,
OSTEOMUSCULAR NORMAL
CARDIOVASCULAR NORMAL

**CONCEPTOS OCUPACIONALES**

**OBSERVACIONES Y/O REMISIONES**




EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA
CC 7473338
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1591
RS. 2024

GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA
CC 85456673
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA

CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS. S.A.S.
NIT. 800.033.723-0

BARRANQUILLA
Calle 70 No. 48 - 56 Callcenter: 368 8864
Tels .Directos: 360 8340 -385 7980 Ex. 100-101
Cel.: 317 4274226 - 317 4422432
E-mail: servicioalcliente@olimpuslab.com

CARTAGENA
Bocagrande calle 5ta ,cra 6 -19
Centro medico bocagrande
local 404 - 607 Cel 3174274223

MAGANGUE
Calle 16 A No 10 A - 143
Sector Pueblo Nuevo
Cel: 3004102050 - 3187117423

SANTA MARTA
Carrera 5 N 26B - 23
Barrio los Angeles
Cel 3174274220

**CLAVE:** b6d8

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | **GOMEZ DAZA GUSTAVO ENRIQUE** | | Fecha de recepcion: | 20-feb.-2023 9:20 am | **2203065** |
| Identificacion | ML 85456673 | Sexo M | Fecha de impresion: | | |
| Fecha Nacimiento | 1971-ene.-05 | Tel. 3116670654 | Empresa | PARTICULAR SALUD OCUPACIONAL S | Preliminar |
| Medico | MEDICOS VARIOS | | Sede | BOLSA SANTA MARTA | |
| Servicio | NO APLICA | | | | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFO** | | | |
| **LEUCOCITOS (WBC)** | 6.77 | x 10^3/uL | 5 a 10 |
| **% LINFOCITOS** | 42.11 | % | 17 a 45 |
| **% NEUTROFILOS** | 44.76 | % | 55 a 70 |
| **% MONOCITOS** | 6.91 | % | 3 a 14 |
| **% EOSINOFILOS** | 5.04 | % | 1 a 5 |
| **% BASOFILOS** | 1.19 | % | 0 a 2 |
| **LINFOCITOS # ABS** | 2.85 | x10^3/uL | |
| **NEUTROFILOS #ABS** | 3.03 | x 10^3/uL | |
| **EOSINOFILOS # ABS** | 0.34 | x 10^3/uL | |
| **BASOFILOS # ABS** | 0.08 | x 10^3/uL | |
| **MONOCITOS # ABS** | 0.47 | x 10^3/uL | |
| **GLOBULOS ROJOS** | 5.90 | x10^6/uL | 4.2 a 6.2 |
| **HEMOGLOBINA** | 15.57 | g/dL | 12.5 a 18 |
| **HEMATOCRITO** | 47.23 | % | 36 a 54 |
| **VOLCORPMEDIO(MCV)** | 80.11 | fL | 80 a 96 |
| **HGBCORPUSCULAR MEDIA(MCH)** | 26.41 | pg | 27 a 33 |
| **CONCHGBCORPMEDIA(MCHC)** | 32.96 | g/dL | 32 a 36 |
| **ANCHO DISTRIB ERITROCITARIA-SD** | 12.27 | fL | |
| **RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO** | 273.7 | x10^3/uL | 140 a 440 |
| **VOLMEDIO PLAQUETARIO(MPV)** | 6.2 | fL | |
| **ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO** | 0.2 | % | |
| **ANCHO DE DISTRIBPLAQUETARIA(PDW)** | 19.2 | GSD | |

BEATRIZ ESPINOSA DE CASTRO
CC 23161496
INSCRIPCION252 RES 01-5823

VIGILADO Supersalud

SERVICIOS MEDICOS

# OLIMPUS IPS. S.A.S.

NIT. 800.033.723-0

**BARRANQUILLA**
Calle 70 No. 48 - 56 Callcenter: 368 8864
Tels .Directos: 360 8340 -385 7980 Ex. 100-101
Cel.: 317 4274226 - 317 4422432
E-mail: servicioalcliente@olimpuslab.com

**CARTAGENA**
Bocagrande calle 5ta ,cra 6 -19
Centro medico bocagrande
local 404 - 607 Cel 3174274223

**MAGANGUE**
Calle 16 A No 10 A - 143
Sector Pueblo Nuevo
Cel: 3004102050 - 3187117423

**SANTA MARTA**
Carrera 5 N 26B - 23
Barrio los Angeles
Cel 3174274220

**CLAVE:** b6d8

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | **GOMEZ DAZA GUSTAVO ENRIQUE** | | Fecha de recepcion: | 20-feb.-2023 9:20 am | **2203065** |
| Identificacion | ML 85456673 | Sexo M | Fecha de impresion: | | |
| Fecha Nacimiento | 1971-ene.-05 | Tel. 3116670654 | Empresa | PARTICULAR SALUD OCUPACIONAL S | Preliminar |
| Medico | MEDICOS VARIOS | | Sede | BOLSA SANTA MARTA | |
| Servicio | NO APLICA | | | | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **AUDIOMETRIA** | PENDIENTE | | |
| **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO** | PENDIENTE | | |
| **OPTOMETRIA** | PENDIENTE | | |

VIGILADO Supersalud

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

# HISTORIA CLINICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA | **IDENTIFICACION:** CC 85456673 | | **HC:** 85456673 - CC |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** 6/11/1969 | **EDAD:** 53 Años | **SEXO:** M | **TIPO AFILIADO:** Otro |
| **RESIDENCIA:** CALLE10#14-80 MIRAFLOREZ | MAGDALENA-SANTA MARTA | | **TELEFONO:** 3116676854 |
| **NOMBRE ACOMPAÑANTE:** | **PARENTESCO:** | | **TELEFONO:** |
| **FECHA INGRESO:** 20/2/2023 - 09:24:15 | **FECHA EGRESO:** 20/2/2023 - 09:53:59 | | **CAMA:** |
| **DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA** | **SERVICIO:** AMBULATORIO | | |
| **CLIENTE:** CLIENTE PARTICULAR | **PLAN:** PARTICULARES SO | | |

| FECHA | MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL |
|---|---|
| 2023-02-20 | **09:35** **EMARINO - EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA**<br>**MOTIVO DE CONSULTA :**<br>PREINGRESO<br>**ENFERMEDAD ACTUAL :**<br>NIEGA |

**SIGNOS VITALES**

| Fecha | Tension Arterial | Sitio T.A | Frecuencia Cardiaca | Temperatura | Frecuencia Respiratoria | Peso | Talla | Perimetro Abdominal | Perimetro Cefalico | Indice de Masa Muscular | IMC | $SAO_2$ PERIMETRO BRAQUIAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20/02/2023 09:29 | 120/80 | Miembro Superior Derecho(NINV) | 78 | 36.00 | 18 | 97.00 | 185 | | | 28.342 | Sobrepeso | |

**EXAMEN FISICO/MENTAL**

| USUARIO | FECHA |
|---|---|
| EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA | 2023-02-20 |

| TIPO SISTEMA | VALORACION | HALLAZGO |
|---|---|---|
| **Neurologico** | **NORMAL** | |
| **Nervioso Central y Periferico** | **NORMAL** | |
| **Organos de los Sentidos** | **ANORMAL** | ASTIGMATISMO |
| **CardioVascular** | **NORMAL** | |
| **Respiratorio** | **NORMAL** | |
| **GastroIntestinal** | **NORMAL** | |
| **GenitoUrinario** | **NORMAL** | |
| **OsteoMuscular** | **NORMAL** | |
| **Esfera Mental** | **NORMAL** | |
| **Ginecologico** | **NORMAL** | |
| **Extremidades** | **NORMAL** | Tunel Izquierdo: -<br>Tunel derecho: -<br>Hallazgo Tunel:<br>Phalen izquierdo: -<br>Phalen derecho: -<br>Hallazgo phalen:<br>finkelstein izquierdo: -<br>finkelstein derecho: -<br>Hallazgo finkelstein:<br>Hallazgos superiores: |
| **Piel y Faneras** | **NORMAL** | |
| **Cabeza y Cuello** | **NORMAL** | |
| **Cardiopulmonar** | **NORMAL** | |
| **Mamas** | **NORMAL** | |
| **Abdomen** | **NORMAL** | |
| **Piel** | **NORMAL** | |
| **Sistema Endocrino** | **NORMAL** | |
| **General** | **NORMAL** | |
| **Pruebas de Columna** | **NORMAL** | Wells: 6 Schobert: 5 Adams: Normal |
| **Otras Pruebas** | **NORMAL** | |

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

| CODIGO | DIAGNOSTICO DE INGRESO | ESTADO | OBSERVACION | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| Z100 | EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL | | | EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA | 2023-02-20 |

| FECHA | RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO |
|---|---|
| 2023-02-20 | 09:41 EMARINO - EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA<br>ESPECIALIDAD: MEDICINA LABORAL<br>HABITO VIDA SALUDABLE<br>DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS<br>EJERCICIOS RECREATIVOS.<br>CONTROL OPTOMETRIA E.P..S |

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

# HISTORIA CLINICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA | **IDENTIFICACION:** CC 85456673 | | **HC:** 85456673 - CC |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** 6/11/1969 | **EDAD:** 53 Años | **SEXO:** M | **TIPO AFILIADO:** Otro |
| **RESIDENCIA:** CALLE10#14-80 MIRAFLOREZ | MAGDALENA-SANTA MARTA | | **TELEFONO:** 3116676854 |
| **NOMBRE ACOMPAÑANTE:** | **PARENTESCO:** | | **TELEFONO:** |
| **FECHA INGRESO:** 20/2/2023 - 09:24:15 | **FECHA EGRESO:** 20/2/2023 - 09:53:59 | | **CAMA:** |
| **DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA** | **SERVICIO:** AMBULATORIO | | |
| **CLIENTE:** CLIENTE PARTICULAR | **PLAN:** PARTICULARES SO | | |

| | |
|---|---|
| | IMC. 28.36 NUTRICIONISTA E,P,S,<br>OSTEOMUSCULAR NORMAL<br>CARDIOVASCULAR NORMAL |

**REVISION SINTOMAS SISTEMAS**

| **USUARIO** | | **FECHA** |
|---|---|---|
| EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA | | 2023-02-20 |
| **TIPO SISTEMA** | **VALORACION** | **HALLAZGO** |
| SISTEMA CARDIACO | NORMAL | |
| SISTEMA VISUAL | ANORMAL | ASTIGMATISMO |
| SISTEMA DERMATOLOGICO | NORMAL | |
| SISTEMA OTORRINO | NORMAL | |
| SISTEMA DIGESTIVO | NORMAL | |
| SISTEMA GENITOURINARIO | NORMAL | |
| SISTEMA NEUROLOGICO | NORMAL | |
| SISTEMA OSTEOMUSCULAR | NORMAL | |
| SISTEMA RESPIRATORIO | NORMAL | |
| OBSERVACIONES | NORMAL | |

**HISTORIAL FONOAUDIOLOGIA**

| **TIPO DE ATENCION:** | SALUD OCUPACIONAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FRECUENCIA** | **250** | **500** | **1000** | **2000** | **3000** | **4000** | **6000** | **8000** |
| **OIDO DERECHO** | 15 | 20 | 20 | 15 | 25 | 15 | 10 | 15 |
| **OIDO IZQUIERDO** | 15 | 20 | 10 | 20 | 20 | 25 | 15 | 15 |

**CUADRO CLASIFICACION**

| | **OIDO DERECHO** | **OIDO IZQUIERDO** |
|---|---|---|
| **PTA: 500Hz 1000Hz 2000Hz 3000Hz** | 20 | 16 |
| **UMBRAL: 4000Hz** | 15 | 25 |
| **ELI** | Bueno | Bueno |
| **SAL** | Normal | |
| **FRECUENCIAS CONVERSACIONALES** | 18% Normal | |
| **NIOSH-1998** | | |
| **NORMAL** | X | X |
| **HIPOACUSIA LEVE** | | |
| **HIPOACUSIA MODERADA** | | |
| **HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA** | | |
| **HIPOACUSIA SEVERA** | | |
| **HIPOACUSIA PROFUNDA** | | |
| **ANSI-96(PTA)** | | |
| **NORMAL** | | |
| **HIPOACUSIA MINIMA** | X | X |
| **HIPOACUSIA LEVE** | | |
| **HIPOACUSIA MODERADA** | | |
| **HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA** | | |
| **HIPOACUSIA SEVERA** | | |
| **HIPOACUSIA PROFUNDA** | | |

OBSERVACIONES

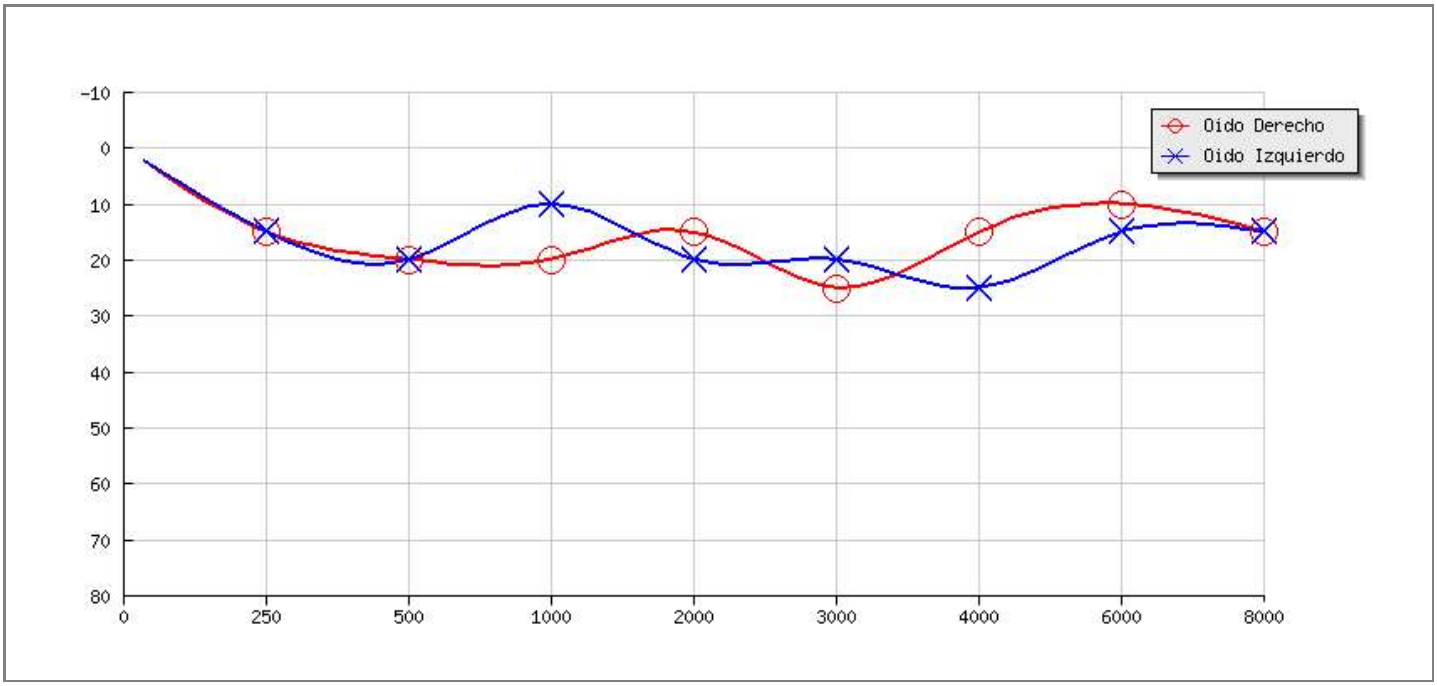
AUDICION NORMAL BILATERAL

**AUDIOGRAMA**

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

# HISTORIA CLINICA

| | | |
|---|---|---|
| **PACIENTE:** GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA | **IDENTIFICACION:** CC 85456673 | **HC:** 85456673 - CC |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** 6/11/1969 | **EDAD:** 53 Años **SEXO:** M | **TIPO AFILIADO:** Otro |
| **RESIDENCIA:** CALLE10#14-80 MIRAFLOREZ | MAGDALENA-SANTA MARTA | **TELEFONO:** 3116676854 |
| **NOMBRE ACOMPAÑANTE:** | **PARENTESCO:** | **TELEFONO:** |
| **FECHA INGRESO:** 20/2/2023 - 09:24:15 | **FECHA EGRESO:** 20/2/2023 - 09:53:59 | **CAMA:** |
| **DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA** | **SERVICIO:** AMBULATORIO | |
| **CLIENTE:** CLIENTE PARTICULAR | **PLAN:** PARTICULARES SO | |







**PROFESIONAL:** SICELY COHEN PEREZ
CC 1102868915
**ESPECIALIDAD -** AUDIOMETRIA SO

| EVALUACION OTOSCOPIA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **EVOLUCION:** | **FECHA:** | **USUARIO:** | **OIDO DERECHO:** | **OIDO IZQUIERDO:** |
| 1073248 | 20/02/2023 | SCOHEN | CAE Y MT. NORMAL | CAE Y MT. NORMAL |

| ANTECEDENTES OTOLOGICOS | | | |
|---|---|---|---|
| **EVOLUCION:** | **FECHA:** | **USUARIO:** | **ANTECEDENTE:** |
| 1073248 | 20/02/2023 | SCOHEN | NINGUN ANTECEDENTE |

| INFORMACION GENERAL - SALUD OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DATOS EMPRESA** | | | | | |
| Nombre de la empresa: | PARTICULARES SO | Direccion : | CALLE 70 N 48 -56 | Telefono : | |

| DATOS CONSULTA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS: | NUEVA EPS | | FONDO DE PENSIONES: | | COLFONDOS | ARL: | POSITIVA |
| Ingreso ◉ | Periodico ○ | Retiro ○ | Control ○ | Post incapacidad ○ | Reubicacion ○ | Caso Ocupacional ○ | Retiro ○ |
| Espacios Confinados ○ | Manipulacion de alimentos ○ | | Trab. en alturas ○ | | | | |

| DATOS CARGO ACTUAL O A OCUPAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre cargo: | INSTRUCTOR | Antiguedad cargo : | 19 AÑOS | Antiguedad en la empresa : | 19 AÑOS |
| Seccion: | PISCICULTORA | Turno: | Diurno ◉ | Nocturno ○ | Rotativo ○ |
| Descripcion funciones del cargo : | CRIADERO | | Maquinaria, Herr y materia prima utilizada : | | PECES |
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION EN EL CARGO ACTUAL O EN EL ULTIMO: | | | | | |

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

# HISTORIA CLINICA

| | | |
|---|---|---|
| **PACIENTE:** GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA | **IDENTIFICACION:** CC 85456673 | **HC:** 85456673 - CC |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** 6/11/1969 | **EDAD:** 53 Años **SEXO:** M | **TIPO AFILIADO:** Otro |
| **RESIDENCIA:** CALLE10#14-80 MIRAFLOREZ | MAGDALENA-SANTA MARTA | **TELEFONO:** 3116676854 |
| **NOMBRE ACOMPAÑANTE:** | **PARENTESCO:** | **TELEFONO:** |
| **FECHA INGRESO:** 20/2/2023 - 09:24:15 | **FECHA EGRESO:** 20/2/2023 - 09:53:59 | **CAMA:** |
| **DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA** | **SERVICIO:** AMBULATORIO | |
| **CLIENTE:** CLIENTE PARTICULAR | **PLAN:** PARTICULARES SO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gafas ☐ | Casco ☐ | Tapabocas ☑ | Overol ☐ | Botas ☐ | Cofia ☐ | Mangas ☐ | Peto ☐ |
| Protec auditivo ☐ | Respirador ☐ | Guantes ☑ | Escafandra ☐ | Visera ☐ | Otros : | | |

**HISTORIA DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO**

| | | Turno | | Fisico | | | | | | Quimico | | | | | | | | Control | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Cargo | D | N | R | VB | RA | I | T | PR | P | H | V | ER | BI | PS | EL | M | F | EPP | MEC | OT | T anos | Observaciones | |
| INDEPENDIENTE | PISCICULTARO | X | | | | | | | | | | | X | | X | | | | X | | | 19 AÑOS | | |

**ANTECEDENTES DE TRABAJO**

| Fecha del Evento | Fecha Registro | Empresa | Tipo de lesion | Parte Afectada | Dias Inc | Si | No | Observacion |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Observaciones : | Indemnizacion: | Enfermedad Profesional: | Si ○ | No ○ | Trajo historia clinica: | Si ○ | No ○ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

**ANTECEDENTES PERSONALES**

| ANTECEDENTE | OP | DETALLE | TIPO ANTECEDENTE | FECHA DIAGNOSTICO | ANTECEDENTE | OP | DETALLE | TIPO ANTECEDENTE | FECHA DIAGNOSTICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**QUIRURGICOS**

| | PRESENCIA | |
|---|---|---|
| **Quirurgicos** | **SI** | VARICOCELECTOMIA IZQUIERDO 2003 |

**CERTIFICADO**

DATOS PERSONALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo identificacion : | CC | No : | 85456673 | Nombre : | GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA | Afiliacion : | 85456673 |
| F.Nacimiento : | 1969-11-06 | Edad : | 1969-11-06 | Entidad : | | Ocupacion : | |

DATOS DEL CERTIFICADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| El concepto de aptitud se apoya en el profesiograma: | Si ○ | No ◉ | |
| Certificado habilitado para entregar a la empresa: | ☑ | | |

**INGRESO**

| CONCEPTOS | SI | NO |
|---|---|---|
| EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION | [ ] | [ X ] |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

| Visual ☐ | Auditivo ☐ | Respiratorio ☐ | Cardiovascular ☐ | Psicosocial ☐ | Ergonomico ☐ | Otros ☐ |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Observaciones (Psicologia): | | | |
| Recomendaciones y observaciones: | HABITO VIDA SALUDABLE DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS EJERCICIOS RECREATIVOS. CONTROL OPTOMETRIA E.P..S IMC. 28.36 NUTRICIONISTA E,P,S, OSTEOMUSCULAR NORMAL CARDIOVASCULAR NORMAL | | |
| Concepto de actitud para el oficio: | | | |
| Restricciones laborales: | | | |
| Pruebas realizadas: | | | |
| Remisión: SI ◉ NO ○ | EPS: SI ◉ NO ○ | ARL: SI ○ NO ◉ | |

**ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION**

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

# HISTORIA CLINICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA | **IDENTIFICACION:** CC 85456673 | | **HC:** 85456673 - CC |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** 6/11/1969 | **EDAD:** 53 Años | **SEXO:** M | **TIPO AFILIADO:** Otro |
| **RESIDENCIA:** CALLE10#14-80 MIRAFLOREZ | MAGDALENA-SANTA MARTA | | **TELEFONO:** 3116676854 |
| **NOMBRE ACOMPAÑANTE:** | **PARENTESCO:** | | **TELEFONO:** |
| **FECHA INGRESO:** 20/2/2023 - 09:24:15 | **FECHA EGRESO:** 20/2/2023 - 09:53:59 | | **CAMA:** |
| **DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA** | **SERVICIO:** AMBULATORIO | | |
| **CLIENTE:** CLIENTE PARTICULAR | **PLAN:** PARTICULARES SO | | |






**PROFESIONAL:** EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA
CC - 7473338 - T.P 1591
**REGISTRO MEDICO** 2024
**ESPECIALIDAD -** MEDICO OCUPACIONAL

**PACIENTE:** GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA
CC - 85456673

Imprimió: NIYIRETH ODALMIS SANCHEZ MALDONADO - NSANCHEZ

Fecha Impresión : 2023/2/21 - 11:12:27

Zamirna Paola Sánchez González
PSICÓLOGA
UNIVERSIDAD UNAD
TP: 195046 DE COLPSIC
Resolución: A3817

**NOMBRE**: GUSTAVO GOMEZ DAZA
**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 85456673
**EDAD**: 53 AÑOS.
**FECHA:** 22 FEBRERO 2023

## INTERPRETACIÓN TEST DE WARTEGG:

El evaluado es una persona segura de sí mismo, es consciente de sus fortalezas y debilidades, reconoce su individualidad y cuenta con sentido de autovaloración, autoestima y autorreconocimiento que favorecen la confianza en sí mismo, en sus capacidades, habilidades y en las actividades que realiza, cuenta con capacidad adaptativa la cual le facilita el establecimiento de relaciones interpersonales y cumplimiento de funciones.

Es una persona que se le facilita establecer interacciones y relaciones sociales, es empático y jovial, le agrada y disfruta compartir tiempo con los demás, es sociable y se esfuerza por mantener las relaciones que establece. El evaluado, aunque tiene establecido su proyecto de vida requiere de organización, planificación y establecimiento claro de las acciones y estrategias que se requieren en la ejecución de su plan de vida, necesita de apoyo y acompañamiento de otros. Es una persona con autocontrol y autorregulación emocional, con necesidad de apoyo y actitud evasiva frente algunas situaciones y sentimientos que se le presenta. En situaciones de conflicto maneja niveles adecuados de tolerancia y pasa las cosas por alto. Es una persona tranquila que piensa cada cosa que hace y requiere de tiempo para asegurarse de tomar la mejor decisión. En cuanto a los procesos intelectivos, al evaluado se le facilita el aprendizaje por medio de procesos de asociación de ideas y conceptos, es subjetivo y relaciona las emociones con las situaciones que se presentan en su cotidianidad. El evaluado es una persona que se esfuerza por mantener las relaciones sociales, aunque necesita madures en las interacciones y en la forma para asumir los vínculos afectivos y su rol, es práctico y reconoce la realidad que los rodea sin dudarlo, se le facilita el cumplimiento de las normas y

Correo electrónico: zamipaola@gmail.com
Cel: 3116978019

reglas establecidas, con necesidad de comprenderlas y analizarlas antes de cumplirlas. Cuenta con un sistema de valores sólido.

Zamirna Sánchez González
P.T. 195046
Psicólogo

Zamirna Paola Sánchez González
Psicóloga
T.P No105046
Resol. NoA3817

Correo electrónico: zamipaola@gmail.com
Cel: 3116978019

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, **GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA** identificado con **CC** No. **85456673**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 04/03/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 04/03/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 02/10/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

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): 202401013341302.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Positiva Compañía de Seguros S.A.**
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

## Hace constar:

Que el Sr(a) GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 85456673 realizó el día 11/03/2024 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 85456673 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) GUSTAVO ENRIQUE GOMEZ DAZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 85456673 el día 11/03/2024 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