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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**54061-005001**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	35.898.755	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yiavapamo1284@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	578401200
IP/Nº de contacto:	0	**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:	6794857/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**133124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	3

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE 18 INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA VÍCTIMA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL CHO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**08/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.773.559
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 12.773.559
Valor Bruto Pago:	**$ 4.142.776,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 8.630.783

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.142.776	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	**$ 4.142.776**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.435.398**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9476944714**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.657.110	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 207.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 265.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.700	$ 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		$ 414.278	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 9.295.337	$ 812.000	
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	2.435.398,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.670.376,00	
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 - 8551 - QUIBDO	7.341,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	62.142,00	1,500%
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	**$4.073.293,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

EN EL MES DE OCTUBRE

Se trabajó en compañía de los aprendices durante este mes en el desarrollo de la ejecución de la formación, en el municipio de Quibdó

Durante este mes se ejecuto la formation en el municipio de Quibdó en el colegio Gimnasio, Además, se realizó la inducción a los apr

Se realizo el registro y verificación de los aprendices en la plataforma Sofia plus. Posteriormente la elaboración del archivo plano,

Sobre el impacto e importancia que tiene el Mercadeo y Ventas en el los diferentes NECESIDADES QUE SE PRESENTAN EN EL MERCADO. Como a

Se comparte a través de Drive las evidencias desarrolladas durante el proceso formación, de conformidad a las guías de aprendizaje

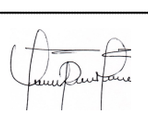
Envío y Reporte de información para inscripción de aspirantes a el programa de formación. MERCADEO Y VENTA Para la formacion en el mu

impacto e importancia que tiene el Mercadeo y Ventas en el los diferentes NECESIDADES QUE SE PRESENTAN EN EL MERCADO. Como analizar e

La importancia de la SEGMENTACIÓN DEL MERCADO, como al igual que la mezcla del Mercado (las 4 p) PRODUCTO. PRECIO. PLAZA Y PROMOCIÓN.

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



YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

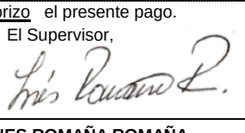
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA
INSTRUCTOR G15

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

JHON DERLYNG CARDONA DELGADO

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

13/11/24 09:04:58 USUARIO: SIC - C.C. 35898755

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35898755		PALACIOS MORENO YIANNY VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C 24 N 11C 18	QUIBDO-CHOCO	6712002	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	9476944714	9476944714	I	2024/10/11	2024/11/08	BANCO DE BOGOTA	28	$613,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	35898755	PALACIOS YIANNY	25-14	30	$2,071,000	$331,400	EPS037	30	$2,071,000	$258,900		0	$0	$0	14-23	30	$2,071,000	$10,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,071,000	$331,400			$2,071,000	$258,900			$0	$0			$2,071,000	$10,900		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$331,400	$6,700	$0	$338,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$331,400	$6,700	$0	$338,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,900	$300	$0	$11,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,900	$300	$0	$11,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$258,900	$5,200	$0	$264,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$258,900	$5,200	$0	$264,100
TOTAL				1	$601,200	$12,200	$0	$613,400

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141127207724

(415)7707212489984(8020) 000014112720772 4

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

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	3 5 8 9 8 7 5 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PALACIOS	MORENO	YIANNY	VANESSA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal
CL 24 11 C 18 BRR MINUTO DE DIOS

42. Correo electrónico yiannypalacios1284@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 8 8 1 8 9 5 7	

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 5 5 1	2 0 2 0 0 1 0 7				2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 2024 - 09 - 20 / 07 : 53: 54

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 PALACIOS MORENO YIANNY VANESSA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

NUEVA EPS S.A

Certifica...

42 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia...

CC 35898755 YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	4		
Fecha Afiliación	18/09/2024	**Estado Cotizante**	ACTIVO
Fecha Ultimo Periodo Cotizado.	01/04/2023	**Causal**	ACTIVO-NUEVO DEC 2353
Fecha Cancelación.	00/00/0000		

Beneficiarios

Identificación	Tipo Afiliado	Parent.	Beneficiarios	Fecha Afiliación	No. Semanas	Estado	Causal
TI 1033201461	BENEFICIARIO	Hijos	BRIANA MARIANGEL DIAZ PALACIOS	01/09/2019	Mas de 26	CANCELADO	TRASLADO AL REGIMEN D EXCEPCION
RC 1033207264	BENEFICIARIO	Hijos	JORDY GAEL DIAZ PALACIOS	22/09/2022	4	CANCELADO	TRASLADO AL REGIMEN D EXCEPCION

presente certificación se expide el día 24 de Septiembre de 2024 a solicitud del interesado.

rvaciones

ALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

LAURA ANDREA GIRALDO BRAN

ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **35898755,** se encuentra afiliado/a desde **15/01/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de septiembre de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Scanned with CamScanner

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 8 de octubre del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	**1033207264**	**JORDY GAEL DIAZ PALACIOS**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO
C.C. 35898755

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

DESPRENDIBLE

NUIP 1033207264

Indicativo Serial 58408955

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X		☐	☐	☐	AYK

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN NOTARIA 7 MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DIAZ	PALACIOS

Nombre(s)

JORDY GAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes SEP Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22099710103839

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PALACIOS MORENO YIANNY VANESSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 35898755	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DIAZ ANDRADE OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 11805834	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DIAZ ANDRADE OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 11805834	OSCAR DIAZ

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes SEP Día 28	JUAN ALBERTO CORTES MONSALVE Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

Impr. por IDITAR S.A. PBX: (5) 3135001. Bogotá - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

La Médica laboral SST del SENA Regional Chocó, certifica que el examen ocupacional presentado por el señor(a) **YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO,** identificada con cedula **35.898.755,** se encuentra vigente para el proceso de contratación.

La expedición de la presente certificación no exime de cumplimiento y aplicación de las normas que en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo regulan la materia.

Dada en Quibdó, a los 13 días del mes de Noviembre de 2024.

Firmado digitalmente por Farith Consuelo Murillo Castaño
Fecha: 2024.11.13 15:06:50 -05'00'

FARITH CONSUELO MURILLO CASTAÑO



NIT: 901531086-1

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA DE INGRESO	X	EVALUACION MEDICA PERIODICA	-		EVALUACION MEDICA DE RETIRO		-
EVALUACION MEDICA DE REUBICACION		OTRO:					

NOMBRE DEL PACIENTE: YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO			EDAD (AÑOS) : 40
C.C: 35.898.755	EMPRESA: SENA REGIONAL CHOCO		
FECHA: 17/09/2024	CIUDAD: QUIBDÓ	CARGO : INSTRUCTOR	LUGAR TRABAJO : QUIBDO Y OTROS MUNICIPIOS

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen de ingreso solicitado por ustedes.
Con el siguiente resultado, después de la valoración médica:

TIPO DE EXAMEN MEDICO			
EXAMEN MEDICO	-	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
OTRO:			

NO SOLICITAN PARACLINICOS	X

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO										
	P	N	A		P	N	A		P	N	A
ESPIROMETRIA	-			PARCIAL DE ORINA	-			P.COCAINA	-		
ELECTROCARDIOGRAMA	-			SEROLOGIA TIPO II	-			P. MARIHUANA	-		
VISIOMETRIA	-			SEROLOGIA	-			HEMOCLASIFICACION	-		
OPTOMETRIA	X	X		GLICEMIA	X	X		F.REUMATOIDEO	-		
AUDIOMETRIA	X	X		COLESTEROL	-			COPROLOGICO	-		
OTRO(S):EXAMEN DE LA VOZ	X	X		TRIGLICERIDOS	-						
	-			PERFIL LIPIDICO	X	X					
	-			CUADRO HEMATICO	-						

P: Practicado N: Normal A: Alterado

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a), Médico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada anteriormente puede laborar:

SIN RESTRICCION	X
CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL	-
APLAZADO	-

Recomendaciones médicas para el trabajador:

ADOPTAR HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL ADECUADA				X
MANEJO ADECUADO DE LA VOZ Y PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS				X
PAUSAS ACTIVAS				X
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CARGO				X
CONTROL DE PESO				-
CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS				-
VISIOMETRÍA - Control Semestral	_____	Anual	_____	-
AUDIOMETRÍA - Control Semestral	_____	Anual	_____	-
OPTOMETRIA - Control Semestral	_____	Anual	X	-

OTRAS: CONTINUAR CONTROL DE SU PATOLOGIA DE BASE POR MEDICINA INTERNA DE SU EPS – SEGUIMIENTO SVE DE LA EMPRESA - SEGUIR LINEAMIENTOS EN HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA - AUTOCUIDADO

Restricciones medicas ocupacionales: NINGUNA

CONSIDERACIÓNES ESPECIALES POR HISTORIA OCUPACIONAL POST CUARENTENA: *En la presente evaluación médica ocupacional se valora el estado de salud del trabajador posterior a periodo de aislamiento obligatorio, aplicando encuesta de síntomas y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de enfermedad por COVID 19; sin embargo, esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma de sospecha será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud."*

FIRMA DEL MEDICO
Lic. No:
R.M:

1.143.898.755
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios u dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional / o exámenes Complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de la confidencialidad de la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional.

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL. Señor(a) Trabajador (a) a partir de la fecha usted cuenta con un mes
Para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico(a) Ocupacional"

ACEPTO EL CONTENIDO ESCRITO DE ESTE DOCUMENTO Y CERTIFICO LA VERACIDAD DE LA INFORMACION ENTREGADA, EN CONSTANCIA SE FIRMA AL PIE DE PAGINA, DE IGUAL FORMA ACEPTO QUE MI INGRESO NO DEPENDE DEL MEDICO QUIEN REALIZA LA VALORACION

CERTIFICADO ORIGINAL

Dirección: Calle 28 Nº 6 – 24 Teléfono: 3207210349 e-mail: miosaludips@hotmail.com
Quibdó - Chocó