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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE LA TECNOLOGÍA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**951110**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**08112-440468**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIO GOMEZ SALAS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	11.205.617	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mgomez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91255143781
IP/Nº de contacto:		**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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9141794/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**10526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA COMO INSTRUCTOR TÉCNICO EN EL ÁREA DE SEGUIMIENTO A LA ETAPA PRODUCTIVA Y AFINES. RAD: 25-9-2026-002274

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.796.219
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.796.219
Valor Bruto Pago:			**$ 4.263.747,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.532.472

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.263.747	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.263.747**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.854.247**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.854.247,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**Decreto 1273 de**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.263.747,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.575.815	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 197.000	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 252.200	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 8.300	$ 0	Reteica - 8551 - GIRARDOT	21.319,00	0,500%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 952.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.242.428,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante los días 2, 3 y 4 de febrero se participó en la capacitación del Centro de Formación, dirigida a instructores de formación, dirigida a instructores de formación regular y seguimiento, donde se abordaron procesos formativos, procedimientos administrativos y articulación institucional para el ejercicio del rol del instructor.

El 10 de febrero de 2026 se participó en la reunión de revisión de la matriz de aprendices en etapa productiva de enero, con el fin de asignar instructores de seguimiento, verificar estados de certificación y revisar metas 2025–2026.

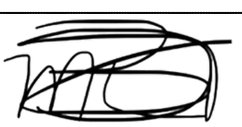
El 12 de febrero de 2026 se realizó reunión virtual por Google Meet con funcionaria del INPEC y la coordinación académica, en la cual se concertaron acciones de Formación Complementaria en emprendimiento, servicio al cliente, costos y desarrollo humano.

Se dio cumplimiento a la obligación del SST, verificando condiciones de seguridad y promoviendo prácticas seguras.

Se cumplió la confidencialidad institucional y se realizó inscripción en la bolsa corporativa para formación.

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



MARIO GOMEZ SALAS
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,



MARIA HELENA CASTRO GARCIA
INSTRUCTOR G18

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
SANDRA PATRICIA HERRERA NOVOA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

20/02/26 11:28:04 USUARIO: SIC - C.C. 11205617

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIO GOMEZ SALAS identificado(a) con CC 11205617 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**28/07/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GIRARDOT**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 13 días del mes enero del 2026 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

MARIO GOMEZ SALAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.205.617**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2026.

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.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARIO GOMEZ SALAS identificado con CC. 11205617 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/02	**Fecha inicio contrato**	2026/02/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/13
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16022026M11205617G9262945.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGURUS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141230879915

(415)7707212489984(8020) 000014123087991 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 0 5 6 1 7	5	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 0 5 6 1 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	SALAS	MARIO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
SERIN&CO MG	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

41. Dirección principal
CR 18 7 40 BRR BUENOS AIRES

42. Correo electrónico marito84gs@gmail.com

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

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 4 1 2 0 1	7 4 9 0	2 0 2 3 0 7 0 1	4 5 2 0	5 3 2 0		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

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 SALAS MARIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MUNICIPIO DE GIRARDOT
Nit: 890680378-4
IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, AVISOS Y TABLEROS
FORMULARIO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA

MATRÍCULA
207414

INFORMACION GENERAL

RAZÓN SOCIAL	NIT	DV
GOMEZ SALAS MARIO	**| 1 | 1 | 2 | 0 | 5 | 6 | 1 | 7 |**	**-5**

DIRECCIÓN COMERCIAL PRINCIPAL	CIUDAD DIRECCIÓN COMERCIAL PRINCIPAL
CARRERA 18 No 7-40 B/ BUENOS AIRES	**CUNDINAMARCA-GIRARDOT**
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	CIUDAD DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN
CARRERA 18 No 7-40 B/ BUENOS AIRES	**<<NO REPORTADO>>**

NOMBRE COMERCIAL
SERIN&CO MG

TIPO DE PERSONA	REGIMEN ICA	GRAN CONTRIBUYENTE:	AGENTE RETENEDOR:
NATURAL	**Especial**	**No**	**No**

TELÉFONO/CELUALR	CORREO ELECTRÓNICO
3118887213	**marito84gs@gmail.com**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES
GOMEZ	**SALAS**	**MARIO**	

FECHA DE INICIO	ESTADO DE LA MATRÍCULA	CIERRE	INSCRIPCION	ACTO DE CANCELACION
04/04/2019	**ACTIVO**		**26/11/2019**	

ACTIVIDADES ECONOMICAS REGISTRADAS

AÑO	CÓDIGO	ACTIVIDAD
2019	04772	Comercio al por menor de todo tipo de calzado y artículos de cuero y sucedáneos del cuero en establecimientos especializados
2019	04799	Otros tipos de comercio al por menor no realizado en establecimientos, puestos de venta o mercados
2022	532	Actividades de mensajería
2022	749	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p.
2023	532	Actividades de mensajería
2023	749	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p.
2023	829	Actividades de servicios de apoyo a las empresas n.c.p.
2024	532	Actividades de mensajería
2024	749	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p.
2024	829	Actividades de servicios de apoyo a las empresas n.c.p.
2024	855	Otros tipos de educación
2025	7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p.
2025	8551	Formación para el trabajo.

La información aquí registrada será responsabilidad del contribuyente y en consecuencia debe corresponder a la realidad económica y legal. Por lo anterior cualquier falsedad o inexactitud en ella podría ser sancionada.
Firma Contribuyente o Apoderado:

Sin perjuicio de las verificaciones que la Secretaria de Hacienda o Tesorería pueda adelantar.

Firma Autorizada: Arnol Martinez

ARNOL FERNEY MARTINEZ MANTILLA

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 1567 del 2023
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARIA DE SALUD DPTAL: 25 307 02 95 301

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B210411

Sede de atención: GIRARDOT :: Ciudad de atención: GIRARDOT :: Fecha de atención: 2023-07-19 07:26 :: Fecha de impresión: 2023-07-19 (1108454595)



Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES BOGOTA	TELEFONOS:	-
DIRECCIÓN:	-	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	000000036	Ciudad:	- - -
EMPRESA MISIÓN:	PARTICULAR		

Datos del Usuario

NOMBRE:	MARIO GOMEZ SALAS	IDENTIFICACION:	CC 11,205,617
DIRECCIÓN:	BUENOS AIRES	EDAD:	39 AÑOS
CARGO:	CONDUCTORT	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3118886213
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL
- ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
- ÉNFASIS CARDIOVASCULAR
- ÉNFASIS NEUROLÓGICO

CONSULTA DE OPTOMETRIA

CONSULTA DE AUDIOMETRIA TAMIZ PARA ADULTO

TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO
- GLICEMIA PRE
- PERFIL LIPIDICO COMPLETO
- PARCIAL DE ORINA
- CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO*

EXÁMENES DE APOYO PSICOLOGICO
- EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA PARA CONDUCTORES

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Osteomuscular	EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS
Conducta Médico para Énfasis Cardiovascular	EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS
Conducta Médico para Énfasis Neurológico	EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
SI	1	JANSSEN

Estilos de vida Saludables para el Usuario

- [x] REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- [x] REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL.
- [x] SEGUIMIENTO A NIVELES DE TRIGLICERIDOS POR EPS.
- [x] DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS.
- [x] DIETA BAJA EN GRASAS
- [x] REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- [x] VALORACIÓN Y/O CONTROL POR NUTRICIÓN POR EPS.
- [x] VALORACIÓN Y/O CONTROL POR OPTOMETRÍA POR EPS.

Recomendaciones Laborales

- [x] NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales	NO APLICA

Restricciones Laborales

- [x] NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Restricciones Laborales	NO APLICA

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Articulo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periódico. De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar, de acuerdo con lo exigido por la Res.0312-19 Cap. 3, Art 16.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento a través de la consulta del código QR.

BRIGIDA MARIA ORTEGA BELLO
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 5325 DE 2012 // LIC SST 3859 DE 2017

MARIO GOMEZ SALAS
C.C. 11,205,617
PACIENTE

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL
HISTORIA CLINICA - EXÁMENES DE APOYO PSICOLOGICO C706414

FECHA DE IMPRESIÓN: 2023-07-19 (1108454595) **FECHA DE ATENCIÓN:** 2023-07-19 07:40 **TIEMPO EN CONSULTA:** 0h : 2min

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES BOGOTA	TELEFONOS:	-
DIRECCIÓN:	-	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	000000036	Ciudad:	- - -

Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 11205617	TELEFONOS:	3118886213
NOMBRE:	MARIO GOMEZ SALAS	EXAMEN:	EXÁMENES DE APOYO PSICOLOGICO
FECHA DE NACIMIENTO:	1984-06-04	SINIESTRO:	
EDAD:	39 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	MASCULINO	TIPO DE CASO:	NO APLICA
RH:	O+	No. AUTORIZACIÓN:	IPSCDO
DOMINANCIA:	DIESTRO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)
ESTRATO:	2	ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL
DIRECCIÓN:	BUENOS AIRES	EMAIL:	notiene@hotmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPAÑANTE NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPAÑANTE PARENTESCO:	
DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	ACOMPAÑANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	GIRARDOT	PERSONA RESPONSABLE:	MARIBEKL SALAS
CARGO:	CONDUCTORT	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	3108489659
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	FAMISANAR LTDA EPS		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	CONTRIBUTIVO		
ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE		

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA PARA CONDUCTORES

Prueba	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA A LA MONOTONÍA	0.788	Tiempo (ms)	0.00	690	
ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA A LA MONOTONÍA	1	Nº Errores	0.00	5.00	
REACCIONES MÚLTIPLES	0.962	Tiempo (ms)	0.00	1140	
REACCIONES MÚLTIPLES	3	Nº Errores	0.00	7.00	
REACCIÓN AL FRENADO	0.664	Tiempo (ms)	0.00	750	
COORDINACIÓN BIMANUAL	100	Tiempo (ms)	0.00	4830	
COORDINACIÓN BIMANUAL	1	Nº Errores	0.00	15.00	
PERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD	103	Tiempo (ms)	0.00	830	
INTERPRETACIÓN	SATISFACTORIO				

María Fernanda Perdomo T.
Psicóloga
C.C. 1075318197
T.P. 229903

MARIA FERNANDA PERDOMO TOLE
PSICOLOGA ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL 229903

Escaneado con CamScanner

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL
HISTORIA CLINICA - CONSULTA DE OPTOMETRIA C706411

FECHA DE IMPRESIÓN: 2023-07-19 (1108454595) **FECHA DE ATENCIÓN:** 2023-07-19 07:30 **TIEMPO EN CONSULTA:** 0h : 10min

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES BOGOTA	TELEFONOS:	-
DIRECCIÓN:	-	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	000000036	Ciudad:	- - -

Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 11205617	TELEFONOS:	3118886213
NOMBRE:	MARIO GOMEZ SALAS	EXAMEN:	CONSULTA DE OPTOMETRIA
FECHA DE NACIMIENTO:	1984-06-04	SINIESTRO:	
EDAD:	39 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	MASCULINO	TIPO DE CASO:	NO APLICA
RH:	O+	No. AUTORIZACIÓN:	IPSCDO
DOMINANCIA:	DIESTRO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)
ESTRATO:	2	ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL
DIRECCIÓN:	BUENOS AIRES	EMAIL:	notiene@hotmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPAÑANTE NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPAÑANTE PARENTESCO:	
DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	ACOMPAÑANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	GIRARDOT	PERSONA RESPONSABLE:	MARIBEKL SALAS
CARGO:	CONDUCTORT	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	3108489659
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	FAMISANAR LTDA EPS		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	CONTRIBUTIVO		
ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE		

Motivo de consulta

Motivo de Consulta

CONTROL VISUAL PARA INGRESOA EMPRESA

Breve Descripción de Funciones

CONDUCTOR

Enfermedad Actual

CX PTERIGION OI REALIZADA EN 2004

Ayudas Diagnosticas

NO REFIERE

Dolor

Localización	NO REFIERE
Tipo	NO REFIERE
Frecuencia	NO REFIERE
Tiempo de evolución	NO REFIERE

Antecedentes de Salud

Lista de antecedentes

Nombre de antecedente	Referencia	Observación
DIABETES	FAMILIAR	MADRE
QUIRURGICOS	PERSONAL	MUÑECA DERECHA AÑO 2020 PTERIGIO OJO IZQUIERDO EN EL AÑO 2004
OTRO	PERSONAL	ASTIGMATISMO
ALERGICO	PERSONAL	NIEGA
OBESIDAD	PERSONAL	OBESIDAD TIPO 1

Habitos

Consume cigarrillos	SI
Frecuencia	OCASIONAL
Exposición	DESDE LOS 18 AÑOS DE EDAD
Consume licor	SI
Frecuencia	OCASIONAL
Exposición	DESDE LOS 18 AÑOS DE EDAD
Consume sustancias psicoactivas	No
Realiza deportes	No
Exposición	NINGUNA

Observaciones Adicionales sobre Antecedentes de Salud

NINGUNA

Exámen Optometría

Agudeza Visual Sin Corrección	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Visión Binocular
Visión lejana OI	20/20	20/20	20/20
Vision próxima OI	0.75 M	0.75 M	0.50 M

Escaneado con CamScanner

Lentes en uso

¿Usa corrección óptica?	No
Complementarios	NINGUNO.

Agudeza Visual Con Corrección	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Visión Binocular
Visión lejana OI	20/20	20/20	20/20
Vision próxima OI	0.50 M	0.50 M	0.50 M

Refracción	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho
Refracción OI	N -0.25 *90	N -0.25 *90

Refracción ADD

ADD	+0.50

Oftalmoscopia	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho
Fijación Visual OI	CENTRAL	CENTRAL

Biomicroscopía

Parpados	SANOS AO
Conjuntiva	HIPEREMIA AO
Córnea	TRANSPARENTE AO
Iris	SANOS AO
Pupila	NORMOREACTIVA AO
Cristalino	TRANSPARENTE AO
Otro	NINGUNO

Valoración Ortóptica

Motilidad Ocular

Test de Hirschberg	CENTRADO
Estereopsis	40 SG DE ARCO
Punto Próximo de Convergencia / PPC	NORMAL
Visión cromática	PERCEPCIÓN NORMAL AMBOS OJOS

Valoración Cromática

¿Adecuada percepción de colores primarios?	Sin Alteración de la visión cromática.
¿Adecuada percepción de relieve o profundidad?	NORMAL
Observaciones Especificas *	GAFAS DE DESCANSO VISUAL

Ordenes Medicas

Consulta externa / especializada: No

Medicamentos: No

Complementación Terapéutica: No

Incapacidad: No

Impresión Diagnóstica

Datos de Procedimiento	
Tipo diagnostico	Impresión diagnóstica
Finalidad	Examen Medico Laboral
Realizado por	Profesional en OPTOMETRIA

Impresión Diagnóstica	
☑	H522 :: ASTIGMATISMO

Análisis y Conclusiones

GAFAS DE DESCANSO VISUAL

SOFIA VALENTINA QUINTERO DAZA
OPTOMETRA
TARJETA PROFESIONAL 2656

Escaneado con CamScanner

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL
HISTORIA CLINICA - CONSULTA DE AUDIOMETRIA TAMIZ PARA ADULTO C706412

FECHA DE IMPRESIÓN: 2023-07-19 (1108454595) **FECHA DE ATENCIÓN:** 2023-07-19 07:30 **TIEMPO EN CONSULTA:** 0h : 10min

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES BOGOTA	TELEFONOS:	-
DIRECCIÓN:	-	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	000000036	Ciudad:	- - -

Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 11205617	TELEFONOS:	3118886213
NOMBRE:	MARIO GOMEZ SALAS	EXAMEN:	CONSULTA DE AUDIOMETRIA TAMIZ PARA ADULTO
FECHA DE NACIMIENTO:	1984-06-04	SINIESTRO:	
EDAD:	39 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	MASCULINO	TIPO DE CASO:	NO APLICA
RH:	O+	No. AUTORIZACIÓN:	IPSCDO
DOMINANCIA:	DIESTRO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)
ESTRATO:	2	ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL
DIRECCIÓN:	BUENOS AIRES	EMAIL:	notiene@hotmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPAÑANTE NOMBRE:	-
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPAÑANTE PARENTESCO:	-
DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	ACOMPAÑANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	GIRARDOT	PERSONA RESPONSABLE:	MARIBEKL SALAS
CARGO:	CONDUCTORT	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	3108489659
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	FAMISANAR LTDA EPS		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	CONTRIBUTIVO		
ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE		

Datos Iniciales Fonoaudiología

Antecedentes de exposición a agentes ototóxicos

¿Ha prestado servicio militar?	SI
¿Practica o trabaja en alguna orquesta?	No
¿Asiste a discotecas frecuentemente?	No
¿Practica deportes con motores?	No
¿Ha estado expuesto a ruidos fuertes?	No
¿Vive en algún lugar ruidoso?	No

Exposición a agentes ototóxicos

¿Utiliza armas de fuego?	No
¿Utiliza audífonos?	No
¿Practica tejo?	No
¿Cual?	NO APLICA
¿En las ultimas 24 horas estuvo expuesto a ruido fuerte?	No
Observaciones	NINGUNA
¿Utiliza protección auditiva cuando tiene exposición a ruido?	No
Observaciones	NINGUNA
¿Utiliza actualmente ayuda auditiva?	No
Observaciones	NINGUNA

Observaciones Generales

NINGUNA

Sintomatología Actual

Sintomatología Auditiva Actual

¿Oye bien?	SI
¿Hace cuanto?	NO APLICA
¿Al conversar debe repetir palabras?	No
¿Debe aumentar el volumen de TV o radio?	No
¿Le molestan los ruidos intensos?	No
¿Le retumba la voz en los oidos?	No
¿Le pican los oidos?	No
Resultado de Audiometrías previas	SI
¿Utiliza ayuda auditiva para escuchar?	No
¿Utiliza audífonos para escuchar musica?	No

Otoscopia

Oreja Izquierda	Normal
Oreja Derecha	Normal

Observación de la oreja	Oido Izquierdo	Oido Derecho
Campana	Normal	Normal
Flauta	Normal	Normal
Tambor	Normal	Normal

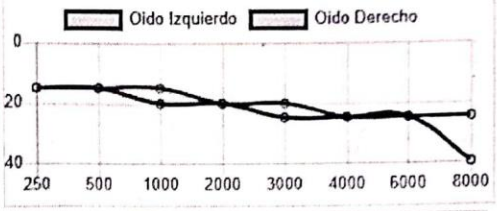
Audiograma Aéreo

CS Escaneado con CamScanner

Frecuencia	Oido Izquierdo	Oido Derecho
250	15.00	15.00
500	15.00	15.00
1000	20.00	15.00
2000	20.00	20.00
3000	25.00	20.00
4000	25.00	25.00
6000	25.00	25.00
8000	40.00	25.00
Promedio de tono puro	20	17.5
Interpretación	AUDICIÓN NORMAL	AUDICIÓN NORMAL

Interpretación - Basado en NIOSH 1988	
20 - 24.99 dBs Audición Normal	55 - 69.99 dBs Hipoacusia Moderada Severa
25 - 39.99 dBs Hipoacusia Leve	70 - 84.99 dBs Hipoacusia Severa
40 - 55 dBs Hipoacusia Moderada	> 85 dBs Hipoacusia Profunda

Grafico del Audiograma



Resultados

Resultados de la audiometria realizada	Normal
¿Se realiza Audiometría de confirmación?	No
¿Pérdida del umbral >15 dB en cualquier frecuencia en cualquier oído?	No

Impresión Diagnóstica

Datos de Procedimiento

Tipo diagnostico	Impresión diagnóstica
Finalidad	Examen Medico Laboral
Realizado por	Profesional en FONOAUDIOLOGIA

Impresión Diagnóstica

☑	Z011 :: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Análisis y Conclusiones

AUDICIÓN FUNCIONAL CON DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA 8000 HZ

JESSICA CONSTANZA QUIMBAYO GUTIERREZ
FONOAUDIOLOGA
TARJETA PROFESIONAL RUN 12-02193

Escaneado con CamScanner

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL
HISTORIA CLINICA - TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO C706413

FECHA DE IMPRESIÓN: 2023-07-19 (1108454595) **FECHA DE ATENCIÓN:** 2023-07-19 07:30 **FECHA DE VALIDACIÓN:** 2023-07-19 15:11:46

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES BOGOTA	TELEFONOS:	-
DIRECCIÓN:	-	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	000000036	Ciudad:	- - -

Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 11205617	TELEFONOS:	3118886213
NOMBRE:	MARIO GOMEZ SALAS	EXAMEN:	TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO
FECHA DE NACIMIENTO:	1984-06-04	SINIESTRO:	
EDAD:	39 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	MASCULINO	TIPO DE CASO:	NO APLICA
RH:	O+	No. AUTORIZACIÓN:	IPSCDO
DOMINANCIA:	DIESTRO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)
ESTRATO:	2	ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL
DIRECCIÓN:	BUENOS AIRES	EMAIL:	mariere@hotmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPAÑANTE NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPAÑANTE PARENTESCO:	
DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	ACOMPAÑANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	GIRARDOT	PERSONA RESPONSABLE:	MARIBEL SALAS
CARGO:	CONDUCTORT	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	3108485659
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	FAMISANAR LTDA EPS		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	CONTRIBUTIVO		
ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE		

GLICEMIA PRE

Variable	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
GLICEMIA PRE	110	mg/dl	60.00	110.00	Baja: <60 Elevado: >110

PERFIL LIPIDICO COMPLETO

Variable	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
COLESTEROL HDL	50.5	mg/dl	40.00	60.00	Baja: <40 Elevado: >=60
COLESTEROL LDL	104.9	mg/dl	00.00	130.00	Deseable: <100 Limite Deseable: 100-129 Limite Elevado: 130-159 Elevado: 160-189 Muy Elevado: >=190
COLESTEROL TOTAL	202 (*)	mg/dl	00.00	200.00	Deseable: <200 Limite Elevado: 200-239 Elevado: >= 240
TRIGLICERIDO	233 (*)	mg/dl	00.00	150.00	Deseable: <150 Limite Alto: 150-199 Elevado: 200-499 Muy Elevado: >500

PARCIAL DE ORINA

Variable	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
COLOR	AMARILLA				
ASPECTO	LIMPIO				
OLOR	SG				
PH	5.0		0.00	5.0	
DENSIDAD	1030		1000	10000	
GLUCOSA	NORMAL	mg/dl			
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl			
UROBILINOGENO	NORMAL	mg/dl			
SANGRE	NEGATIVO	mg/dl			
CETONAS	NEGATIVO	mg/dl			
NITRITOS	NEGATIVO				
LEUCOCITOS	NEGATIVO	Leu/ul			
LEUCOCITOS	-	Leu/XC			
BACTERIAS	ESCASAS	/XC			
MOCO	-	/XC			
LEVADURAS	-	/XC			
MICELIO	-	/XC			
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NO SE OBSERVA	/XC			
CELULAS EPITELIALES	NO SE OBSERVA	/XC			
CELULAS RENALES	NO SE OBSERVA	/XC			
CRISTALES URINARIOS	NO SE OBSERVA	/XC			
CILINDROS URINARIOS	NO SE OBSERVA	/XC			
HEMATIES	NO SE OBSERVA	/XC			

CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO*

Variable	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
LEUCOCITOS #	- (*)	x10^3/µL	5.00	10.00	

CS Escaneado con CamScanner

LINFOCITOS %	- (*)	%	30.00	40.00
MONOCITOS %	- (*)	%	4.00	10.00
GRANULOCITOS %	-	%		
LINFOCITOS #	- (*)	x10^3/µL	1.50	4.00
MONOCITOS #	- (*)	x10^3/µL	0.20	0.80
GRANULOCITOS #	-	x10^3/µL		
RECUENTO GLOBULOS ROJOS (RBC)	- (*)	x10^6/µL	4.20	5.40
HEMOGLOBINA	- (*)	gR/dL	13.50	17,30
HEMATOCRITO	- (*)	%	40.00	52.00
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	- (*)	fL	80.00	100.00
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	- (*)	g/dL	27.00	34.00
CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	- (*)	g/dL	32.00	36.00
INDICE DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (IDE/RDW-CV)	- (*)	%	35.00	56.00
INDICE DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW-SD)	-	fL		
PLAQUETAS	- (*)	x10^3/µL	150.00	450.00
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM)	- (*)	µm3	7.50	8.50
PLAQUETOCRITO (PCT)	- (*)	%	0.10	0.50
INDICE DE DISPERCIÓN PLAQUETARIA (IDP)	-	%		
OBSERVACIONES CUADRO HEMATICO	-			
DOCUMENTO EXTERNO PDF				

LAB. REF. BETULIA BOHORQUEZ ROBAYO
COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
TARJETA PROFESIONAL 26-15B

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2024-000021

Dando cumplimiento a Lineamiento impartido en la circular 3-2024-000021: "Solicitud del concepto de los exámenes preocupacionales para contratos de prestación de servicios personales 2024" emitido por la Secretaria General. Una vez hecha la revisión de estos, teniendo en cuenta la vigencia de tres años de las evaluaciones preempleo, y la respectiva incorporación del contratista a los sistemas de vigilancia epidemiológicos actividad definida dentro del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST).
Certifico que el (la) señor (a) contratista **MARIO GOMEZ SALAS;** Identificado con cédula de ciudadanía No. **11205617** aporto, certificado de Valoración Medico Ocupacional vigente, describiendo la realización de los exámenes complementarios de acuerdo con el perfil del cargo, en tal sentido se describen las siguientes anotaciones: **COMPLETO.**

La presente constancia se emite con base en la revisión de los exámenes ocupacionales de fecha **7/19/2023** emitidos por la IPS **IPS CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL** y tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, hasta el **7/18/2026.**

Este soporte debe ser entregado al supervisor del contrato con la facturación inicial para el primer pago.

Se firma en Bogotá a los 09 días de febrero del 2024

Cordialmente,



ESTHER M. CUBEROS FRANCO
Médico Especialista en Salud ocupacional
Contratista SENA Regional Cundinamarca
Bogotá

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIO GOMEZ SALAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11205617 realizó el día 09/02/2026 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 MARIO GOMEZ SALAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11205617 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.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIO GOMEZ SALAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11205617 el día 09/02/2026 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

Certificación Bancaria

Lunes, 16 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIO GOMEZ SALAS identificado(a) con CC 11205617, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	91255143781	2023-07-18	ACTIVO	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co