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 ATLÁNTICO**

**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **930210** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **06429-988710** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 72.220.911 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | cjsantiago@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 48300017510 |
| **IP/Nº de contacto:** | 352 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **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:** | 9115329/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **65926** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN SALUD ORAL RAD#08-9-2026-002944 PZO:15-12-2026. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **02/02/2026** | **Al** | **28/02/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 49.112.052 |
| **Número de pago** | **1** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 49.112.052 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.579.580,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 44.532.472 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.579.580 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.579.580** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.035.880** | **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 | 3.035.880,00 | TARIFA |
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **0** | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.579.580,00 | |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.831.832 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 229.000 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 293.100 | $ 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 | $ 9.600 | $ 0 | Reteica - 8299 - BARRANQUILLA | 53.123,00 | 1,160% |
| | | $ | | - | 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 | $ 1.012.000 | | | 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** | **$4.526.457,00** | |

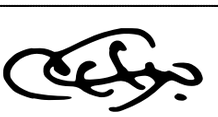
**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA Para el Programa Formación SALUD ORAL

**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



**CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ**
**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,

**LINDA EVELIN PICHON RONCALLO**
**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**
**NATALY DEL CARMEN ROMERO FERNANDEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

20/02/26 18:22:35 USUARIO: SIC - C.C. 72220911

Plan de Pagos;

| TIEMPO COMPLETO | | | |
|---|---|---|---|
| **MES** | **DIAS** | **HONORARIOS** | **4.737.497,00** |
| ENERO | | | |
| FEBRERO | 29 | $4.579.580,00 | 9,32% |
| MARZO | 30 | $4.737.497,00 | 9,65% |
| ABRIL | 30 | $4.737.497,00 | 9,65% |
| MAYO | 30 | $4.737.497,00 | 9,65% |
| JUNIO | 30 | $4.737.497,00 | 9,65% |
| JULIO | 27 | $4.263.747,00 | 8,68% |
| AGOSTO | 30 | $4.737.497,00 | 9,65% |
| SEPTIEMBRE | 30 | $4.737.497,00 | 9,65% |
| OCTUBRE | 30 | $4.737.497,00 | 9,65% |
| NOVIEMBRE | 30 | $4.737.497,00 | 9,65% |
| DICIEMBRE | 15 | $2.368.749,00 | 4,82% |
| **TOTAL** | **311** | **$49.112.052,00** | |

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-72220911 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2025-12 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | 0 | 225.700 | 0 | 225.700 |
| **Período salud:** | 2025-12 | EPS010 | 800088702 | EPS SURA | 1 | 0 | 176.400 | 0 | 176.400 |
| **Planilla Nro.:** | 35917867 Tipo I | 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | 0 | 7.400 | 0 | 7.400 |
| **Clase de aportante:** | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Fecha transacción:** | 2026-01-05 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | 2059586190 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **GRAN TOTAL** | | | | | $ 409.500 |

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-72220911 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2026-02-18 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2026-01-06 |
| FECHA DE PAGO: | 2026-01-05 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-12 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-12 |
| NÚMERO PLANILLA: | 35917867 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 35917867 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 800088702 | EPS SURA | 1 | $ 1.410.518 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 176.400 | $ 176.400 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.410.518 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 225.700 | $ 225.700 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.410.518 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.400 | $ 7.400 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 409.500 | $ 409.500 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 04/02/2026 |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14978391875

(415)7707212489984(8020) 000001497839187 5

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 2 2 2 0 9 1 1 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SANTIAGO | GOMEZ | CELSO | JUNIOR |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 80 64 21

42. Correo electrónico: celsanti@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 6 9 7 1 1 2 8 | |

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

### 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### 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 SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIOR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

## CERTIFICA

Que **CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **72220911** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 72220911 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ |
| TIPO DE AFILIADO | SEGUNDO COTIZANTE |
| PARENTESCO | CONYUGE |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 06/12/2007 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 913 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 47 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **02/01/2026**

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

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 72220911, se encuentra afiliado/a desde 11/07/2008 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 28 de diciembre de 2025.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS**
"Salud Ocupacional y seguridad vial nuestro COMPROMISO"
NIT. 802022218 - 2

**Dirección:** Cra. 49 No. 74 - 77/91
**Web:** www.ssobq.com
**Tel:** (605) 332 7294 - **Cel:** (313) 546 4664
**Barranquilla - Colombia**

SC 7231-1



# EXAMEN DE VISIOMETRIA

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 169,048**

**Fecha:** 28/01/2025 **Municipio:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **CC:** 72220911 **Nombre:** SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIO
**Fecha de Nacimiento:** 04/06/1976 **Edad:** 48 AÑOS 7 **Dirección y Municipio:** CRA 50 N 101 37 BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
**Teléfono:** 3006971128 **Genero:** MASCULINO **Eps:** SURA **Régimen:**
**Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULAR
**Tipo Evaluación Medica:** EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **F. Último Examen:** 02/02/2024
**Lugar del Último Examen:** SSO **Motivo Consulta:** CONTROL
**Visiómetro:** VISIO2 OPTEC 5000 - E243462 **Fecha de la Última Calibración:** 05/08/2024
**Nombre del Acudiente:** **Parentesco:** **Teléfono:**

## ANTECENDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | ILUMINACIÓN, PANTALLAS |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | SOLO LECTURA CERCANA |
| TRAE RX | SI |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | PRESBICIA |
| USA ANTEOJOS | SI USA |

## PRUEBAS REALIZADAS

### VISIÓN DE COLORES (DIAL#7) FAR

| 1 ✓ | 2 ✓ | 3 ✓ | 4 ✓ | 5 ✓ | 6 ✓ | 7 ✓ | 8 ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/ 20 | N/A | N/A | NO APLICA | N/A | 20/ 30 |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 20 | N/A | N/A | NO APLICA | N/A | 20/ 30 |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 20 | N/A | N/A | NO APLICA | N/A | 20/ 30 |

### FORIA LATERAL

VISIÓN LEJANA - DIAL#10: **9**

### FORIA VERTICAL

VISIÓN LEJANA - DIAL#11: **4**

### CAMPIMETRÍA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DERECHA | 85° ✓ | 70° ✓ | 55° ✓ | Nasal ✓ | 35° ✓ |
| IZQUIERDA | 85° ✓ | 70° ✓ | 55° ✓ | Nasal ✓ | 35° ✓ |

### EXAMEN EXTERNO DEL OJO

NORMAL

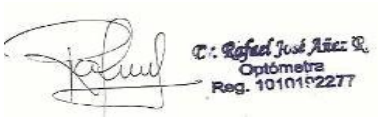
### COMENTARIOS

N/A

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H526 | OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES |
|---|
| CONTROL EN UN AÑO |
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL |
| REALIZAR PAUSAS ACTIVAS |

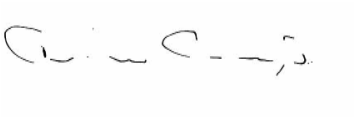
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: |
|---|
| VISIÓN CON LENTES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.<br>S.C |




**Firma:**

**Nombre:** AÑEZ ROMERO OPT RAFAEL

**R. M.:** 1010192277 **L.S.O.:**



**Firma:**

**Nombre:** SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIO

**CC:** 72220911

# INFORME PSICOTÉCNICO

## 1. Información general

El presente informe psicotécnico tiene como objetivo presentar una evaluación de las capacidades laborales y psicológicas que posee una persona para desempeñarse en un puesto de trabajo determinado. Cabe aclarar que esta **no** es una valoración clínica, sino que se valoran algunas variables relacionadas con rasgos de la personalidad para determinar si las habilidades de la persona se adecuan a las funciones del puesto de trabajo.

Tabla 1
*Datos generales*

| Ficha técnica | |
|---|---|
| **Nombre del evaluado:** | SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIO |
| **Número de identificación:** | 72220911 |
| **Edad:** | 48 AÑOS |
| **Fecha de nacimiento:** | 1976/06/04 |
| **Cargo:** | INSTRUCTOR |
| **Empresa:** | PARTICULAR |
| **Fecha del informe:** | 28/01/2025 |
| **Pruebas aplicadas:** | DISC y Test de la persona bajo la lluvia. |
| **Enfoque de la prueba:** | Perfil psicotécnico para valoración mental-social. |

## 2. Resultados

### 2.1 Test Persona bajo la lluvia

**SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIO,** es un hombre de 48 años, su estado civil es soltero y su nivel académico es postgrado. Actualmente reside con su padre Celso de 79 años el cual es pensionado y su madre Gloria de 75 años la cual es ama de casa. Es padre de Maria Camila de 20 años, estudiante de Derecho. Celso se define a sí mismo como una persona paciente y con empatía. Perfil de una persona analítica y con enfoque hacia el autocuidado.

**A nivel personal:** Esta persona combina una actitud proactiva con un alto grado de empatía, lo que la convierte en alguien que toma la iniciativa no solo en sus propias metas, sino también para apoyar a quienes la rodean. Tiende a buscar soluciones y actuar de manera anticipada frente a los desafíos, mientras se asegura de considerar los sentimientos y necesidades de los demás. En su vida personal, se caracteriza por ser un gran apoyo emocional para su círculo cercano, actuando con sensibilidad y ofreciendo ayuda antes de que sea solicitada. Sabe equilibrar sus propios objetivos con un sincero interés por el bienestar de las personas importantes en su vida.

**A nivel social:** En el entorno social, esta combinación de cualidades la convierte en una persona dinámica y apreciada. Es capaz de identificar las emociones de otros y adaptarse a las situaciones para generar interacciones positivas y constructivas. Su iniciativa para crear ambientes armónicos la lleva a ser vista como una mediadora y promotora de soluciones en conflictos o situaciones

complejas. Además, su empatía le permite conectar profundamente con los demás, lo que refuerza sus relaciones personales y profesionales.

**A nivel laboral:** En el trabajo, esta persona es un motor de acción y cambio, siempre buscando formas de mejorar procesos, equipos y resultados. Su empatía la hace especialmente efectiva en roles que implican liderazgo, trabajo en equipo o atención al cliente, ya que comprende las perspectivas de los demás y actúa con justicia y consideración. Sabe tomar decisiones rápidas y ejecutarlas de manera estratégica, asegurándose de que sus acciones beneficien tanto al equipo como a los objetivos organizacionales. Es una excelente promotora de la colaboración y el compromiso.

**Actitud hacia normas políticas y corporativas:** Muestra una disposición favorable hacia las normas establecidas, respetándolas y adaptándose a ellas con entusiasmo. Su confianza le permite contribuir activamente al cumplimiento de estas normas, mientras que su dinamismo asegura una participación constante en iniciativas relacionadas con los valores y objetivos corporativos.

### 2.2 DISC

El evaluado es una persona analítica con un fuerte enfoque hacia el autocuidado, cuyas características destacan en los ámbitos personal, social y laboral.

En el ámbito personal, se caracteriza por su habilidad para reflexionar y evaluar situaciones con empatía, lo que le permite abordar los problemas con un enfoque comprensivo y equilibrado. Es optimista y tiende a valorar las relaciones cercanas e íntimas, priorizando el cuidado propio y el de quienes lo rodean. Esta combinación le ayuda a mantenerse en armonía consigo mismo y con su entorno. A nivel social, se distingue por su capacidad para escuchar activamente y comprender las necesidades de los demás, mostrando un alto nivel de paciencia y tolerancia. Prefiere no imponer sus ideas y, en cambio, ofrece sugerencias discretas y bien fundamentadas. Aunque prefiere evitar confrontaciones, fomenta un ambiente de confianza y reconocimiento, lo que fortalece sus relaciones interpersonales. En el ámbito laboral, el evaluado combina su enfoque analítico con su habilidad para construir un entorno laboral positivo. Es meticuloso y detallista en sus tareas, pero puede necesitar apoyo para gestionar plazos y adaptarse a situaciones de alta presión. Su estilo de liderazgo se enfoca en el bienestar del equipo, priorizando condiciones laborales de calidad y el reconocimiento a los logros individuales y colectivos. Aunque le resulta difícil confrontar problemas de desempeño directamente, responde de manera positiva a la retroalimentación constructiva, lo que refuerza su desarrollo continuo.

**4. Concepto final:**

A partir de sus características de personalidad y factores emocionales, puede cumplir con los objetivos empresariales y desempeñar una ejecución favorable de su cargo.

**Firma:**



SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 802.022.218-2

Psicólogo
T.P. 252350

**SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS**
"Salud Ocupacional y seguridad vial nuestro COMPROMISO"
NIT. 802022218 - 2

**Dirección:** Cra. 49 No. 74 - 77/91
**Web:** www.ssobq.com
**Tel:** (605) 332 7294 - **Cel:** (313) 546 4664
**Barranquilla - Colombia**

SC 7231-1



## DATOS PERSONALES

**Orden de Servicio N°: 294306**

**Municipio:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** 16/01/2026 07:37:19a. m.

**Nombres y Apellidos:** SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIOR **CC:** 72220911 **Género:** MASCULINO

**F. Nacimiento:** 04/06/1976 **Edad:** 49 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR - SENA INSTRUCTORES

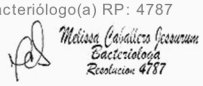
## RESULTADOS DEL LABORATORIO

### HEMATOLOGÍA

#### HEMOGRAMA TIPO IV

| NOMBRE DE ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Globulos Rojos | 5470 | 10*6cell/ul | > 11 años: 3.50- 5.50 mill |
| Hemoglobina | 14.4 | g/dl | > 11 años: 12.0 - 16.0 |
| Hematocrito | 43.4 | % | > 11 años: 37.0 - 50.0 |
| | | | |
| Recuento de Leucocitos | 3500 | 10*3cell/ul | > 19 años: 4.5 - 10.0 |
| Neutrofilos | 38.9 | % | > 19 años: 50.0 -70.0 |
| Eosinofilos | | % | > 19 años: 0.0 - 3.0 |
| Basofilos | | % | > 19 años: 0.0 - 3.0 |
| Linfocitos | 52.4 | % | > 19 años: 20.0- 40.0 |
| Monocitos | 8.7 | % | > 19 años: 2.0 - 10.0 |
| Recuento de Plaquetas | 218 | 10*3cell/ul | 150.000-350.000 |
| VPM | | fl | >11 años: 6.5 - 12.0 |
| VCM | 79.5 | fl | > 11 años: 80.0 -100.0 |
| MCH | 20.3 | pg | > 11 años: 27.0 - 34.0 |
| MCHC | 33.1 | g/dl | > 11 años: 32.0 - 36.0. |

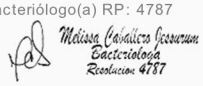
**Melissa Caballero Jessurum**
**CC: 1129567879**
Bacteriólogo(a) RP: 4787




#### GLICEMIA

| NOMBRE DE ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Glicemia | 75 | Mg/dl | 70-110 mg/dl |

**Melissa Caballero Jessurum**
**CC: 1129567879**
Bacteriólogo(a) RP: 4787

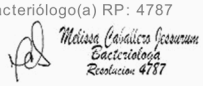



### QUÍMICA

#### COLESTEROL TOTAL (P)

| NOMBRE DE ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| COLESTEROL TOTAL (P) | 275 | mg/dl | < 200 mg%: Ideal<br>Bajo: menor de 200.<br>Moderado: 200-239.<br>Alto: Mayor de 240. |

**Melissa Caballero Jessurum**
**CC: 1129567879**
Bacteriólogo(a) RP: 4787





## DATOS PERSONALES

**Orden de Servicio N°: 294306**

**Municipio:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** 16/01/2026 07:37:19a. m.

**Nombres y Apellidos:** SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIOR **CC:** 72220911 **Género:** MASCULINO

**F. Nacimiento:** 04/06/1976 **Edad:** 49 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR - SENA INSTRUCTORES

### COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL (P)

| NOMBRE DE ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Colesterol de Alta Densidad HDL (P) | 68 | mgs% | > 40 mg%: Ideal |

**Melissa Caballero Jessurum**
**CC: 1129567879**
Bacteriólogo(a) RP: 4787

### COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL (P)

| NOMBRE DE ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Colesterol de Baja Densidad LDL (P) | 165.6 | mgs% | < 100 mg%: Ideal |

**Melissa Caballero Jessurum**
**CC: 1129567879**
Bacteriólogo(a) RP: 4787

### COLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL (P)

| NOMBRE DE ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Colesterol de Muy Baja Densidad VLDL (P) | 41.4 | mgs% | < 30 mg% |

**Melissa Caballero Jessurum**
**CC: 1129567879**
Bacteriólogo(a) RP: 4787

### TRIGLICERIDOS (P)

| NOMBRE DE ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| TRIGLICERIDOS (P) | 207 | mg/dl | Normal: menor de 150.<br>Alto Limite: 150-190.<br>Alto: 200-499.<br>Muy alto: Mayor de 500 |

**Melissa Caballero Jessurum**
**CC: 1129567879**
Bacteriólogo(a) RP: 4787

**SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS**
"Salud Ocupacional y seguridad vial nuestro COMPROMISO"
NIT. 802022218 - 2

**Dirección:** Cra. 49 No. 74 - 77/91
**Web:** www.ssobq.com
**Tel:** (605) 332 7294 - **Cel:** (313) 546 4664
**Barranquilla - Colombia**

SC 7231-1



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 276.310**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 16 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACION OCUPACIONAL PRE-INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULAR - SENA INSTRUCTORES | PARTICULAR - SENA |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIOR | MASCULINO | 49 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS | CC (Tipo) | 72220911 (Número) |

Cargo: **INSTRUCTOR**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SURA | COLPENSIONES | POSITIVA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO**

Observaciones: *CON RECOMENDACIONES*

| | |
|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA VIA AEREA | ✓ | COLESTEROL TOTAL (P) | ✓ |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL (P) | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | COLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL (P) | ✓ |
| HEMOGRAMA TIPO IV | ✓ | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL (P) | ✓ |
| VISIOMETRIA | ✓ | PAQUETE INGRESO SENA | ✓ |
| TRIGLICERIDOS (P) | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | OTROS : REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL | DIETA BALANCEADA |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | EJERCICIO FISICO 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD MODERADA, TODOS O LA MAYOR PARTE DE LOS DÍAS DE LA SEMANA. |
| VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR EPS CONTROL NIVLES DE LIPIDOS | | MANTENER UN PESO SALUDABLE. |
| MANTENER UN PESO SALUDABLE. | | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

ESQUEMA VACUNA COMPLETO PARA COVID 19
B-O

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** CC: 32763346 - ALEXANDRA MARGARITA CASTILLO

**R. M.:** 748/1900 **L.S.O.:** 7482-2018

**Código de Seguridad**

**D493J1P276310**

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIOR

**CC:** 72220911

**SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS**
"Salud Ocupacional y seguridad vial nuestro COMPROMISO"
NIT. 802022218 - 2

**Dirección:** Cra. 49 No. 74 - 77/91
**Web:** www.ssobq.com
**Tel:** (605) 332 7294 - **Cel:** (313) 546 4664
**Barranquilla - Colombia**

SC 7231-1



# EXAMEN DE VISIOMETRIA

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 191,386**

**Fecha:** 16/01/2026 **Municipio:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **CC:** 72220911 **Nombre:** SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIOR
**Fecha de Nacimiento:** 04/06/1976 **Edad:** 49 AÑOS 7 **Dirección y Municipio:** CRA 50 N 101 37 BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
**Teléfono:** 3006971128 **Genero:** MASCULINO **Eps:** SURA **Régimen:** Contributivo
**Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULAR - SENA
**Tipo Evaluación Medica:** EVALUACION OCUPACIONAL PRE-INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **F. Último Examen:** 1 MES
**Lugar del Último Examen:** BARRANQUILLA **Motivo Consulta:** CONTROL VISUAL
**Visiómetro:** VISIO1 OPTEC 5500P - AD04131009A9 **Fecha de la Última Calibración:** 19/08/2025
**Nombre del Acudiente:** CELSO SANTIAGO **Parentesco:** **Teléfono:**

## ANTECENDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | HIPERTENSIÓN ARTERIAL |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | ILUMINACIÓN PANTALLAS |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | SOLO PARA LEER |
| TRAE RX | SÍ TRAE |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | PRESBICIA |
| USA ANTEOJOS | SÍ USA |

## PRUEBAS REALIZADAS

### VISIÓN DE COLORES (DIAL#7) FAR

| 1 ✓ | 2 ✓ | 3 ✓ | 4 ✓ | 5 ✓ | 6 ✓ | 7 ✓ | 8 ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/30 | 20/100 | N/A | NO APLICA | 20/30 | 20/30 |
| O.I: | NO APLICA | 20/30 | 20/100 | N/A | NO APLICA | 20/30 | 20/30 |
| A.O: | NO APLICA | 20/30 | 20/100 | N/A | NO APLICA | 20/30 | 20/30 |

### FORIA LATERAL

VISIÓN LEJANA - DIAL#10: **8**

### FORIA VERTICAL

VISIÓN LEJANA - DIAL#11: **4**

### CAMPIMETRÍA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DERECHA | 85° ✓ | 70° ✓ | 55° ✓ | Nasal ✓ | 35° ✓ |
| IZQUIERDA | 85° ✓ | 70° ✓ | 55° ✓ | Nasal ✓ | 35° ✓ |

### EXAMEN EXTERNO DEL OJO

NORMAL

### COMENTARIOS

ESTEREOPSIS 40 SEGUNDOS DE ARCO

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H527 | TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO | AMBOS | Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales | PRINCIPAL |

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

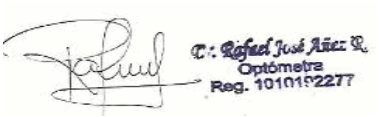
CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

AGUDEZA VISUAL PRÓXIMA Y LEJANA ALTERADAS CON LENTES AMBOS OJOS
H.C




**Firma:**

**Nombre:** CC: 11010192277 - OPT RAFAEL AÑEZ

**R. M.:** 1010192277 **L.S.O.:**



**Firma:**

**Nombre:** SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIOR

**CC:** 72220911

**SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS**
"Salud Ocupacional y seguridad vial nuestro COMPROMISO"
NIT. 802022218 - 2

**Dirección:** Cra. 49 No. 74 - 77/91
**Web:** www.ssobq.com
**Tel:** (605) 332 7294 - **Cel:** (313) 546 4664
**Barranquilla - Colombia**

SC 7231-1



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención N°: 143200**

**Fecha:** 16/01/2026 **Ciudad:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** EVALUACION OCUPACIONAL PRE-INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Empresa:** PARTICULAR - SENA
**CC:** 72220911 **Nombre:** SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIOR **Fecha Nacimiento:** 04/06/1976 **Edad:** 49 AÑOS 7 M
**Dirección y Municipio:** CRA 50 N 101 37 BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **Teléfono:** 3006971128 **Genero:** MASCULINO
**Eps:** SURA **Régimen:** Contributivo **Ocupacion:** INSTRUCTOR
**Nombre del Acudiente:** CELSO SANTIAGO **Parentesco:** **Teléfono:**

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| NO REPORTA | NO REPORTA | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| OTITIS | NO REFIERE | HIPOACUSIA SUBJETIVA | NO REFIERE |
| TRAUMA | NO REFIERE | ACÚFENOS | NO REFIERE |
| CIRUGÍA | NO REFIERE | OTROS | |
| INGESTA OTOTÓXICOS | NO REFIERE | OBSERVACIONES | SIN OBSERVACIONES |

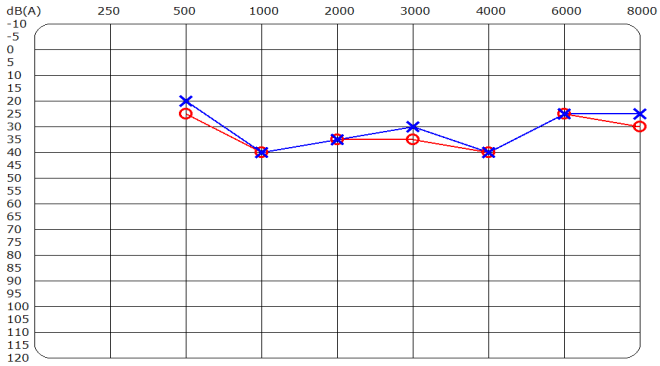
**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NO REFIERE | POLÍGONO | NO REFIERE |
| MOTO | NO REFIERE | AUDÍFONOS | NO REFIERE |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

**Descanso auditivo(Horas) :** 12 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** MAICO MA28 **F. Ultima Calibración:** 2025-12-10

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)




**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** NORMAL
**Oído izquierdo:** NORMAL

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | | 25 | 40 | 35 | 35 | 40 | 25 | 30 |
| VAOI | | 20 | 40 | 35 | 30 | 40 | 25 | 25 |

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| H919 | HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA | AMBOS | Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales | PRINCIPAL |

**Observaciones del Diagnóstico**

DISMINUCION AUDITIVA LEVE BILATERAL.

**Nombre del Diagnóstico**

DISMINUCION AUDITIVA LEVE BILATERAL.

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |
| EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS | |

**Observaciones**

**FONOAUDIÓLOGO**




**Firma:**

**Nombre:** CC: 1140844363 - ADRIANA CRISTINA BATERO

**R. M.:** 08-1349 **L.S.O.:**

**TRABAJADOR**



**Firma:**

**Nombre:** SANTIAGO GOMEZ CELSO JUNIOR

**CC** 72220911

# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

## Celso Junior Santiago Gomez

C.C 72.220.911

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 02 de enero 2026

**Francisco Camargo Salas**
Director de Empleo Público

Código: 76658375002

## Hace constar:

Que el Sr(a) CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72220911 realizó el día 10/02/2026 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 CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72220911 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Hace constar:

Que el Sr(a) CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72220911 realizó el día 19/02/2026 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72220911 realizó el día 19/02/2026 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72220911 realizó el día 19/02/2026 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del



Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72220911 el día 19/02/2026 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

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ identificado con CC. 72220911 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** | 2025/02/22 | **Fecha inicio contrato** | 2025/02/10 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2025/12/30 |
| **Riesgo** | 1 | **Código actividad económica** | 1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE |
| **Estado afiliación** | Inactivo | | |
| **Fecha retiro** | 2025/12/30 | **Estado del contrato** | Retirado |

Esta certificación se expide a los 20 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: **CC20022026C72220911S10254438.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

# Certificación Bancaria

Sábado, 21 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que CELSO JUNIOR SANTIAGO GOMEZ identificado(a) con CC 72220911, 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 de ahorros | 48300017510 | 2019-01-17 | 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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BARRANQUILLA** | **BARRANQUILLA** | **85** | **85-44-101143124** | **0** |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **26** | **01** | **2026** | **02** | **02** | **2026** | **00:00** | **15** | **04** | **2027** | **23:59** | **EMISION ORIGINAL** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **SANTIAGO GOMEZ, CELSO JUNIOR** | | **CC: 72.220.911** |
| DIRECCIÓN: carrera 71 no 79 - 135 | CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO | TELÉFONO: | 3008169707 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL ATLANTICO** | | **NIT: 899.999.034-1** |
| DIRECCIÓN: CR 43 NRO. 42 - 40 | CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO | TELÉFONO | 3008287950 |

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.9115329 CUYO OBJETO ES: INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARACTER TEMPORAL PARA LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACION SALUD ORAL

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** | 02/02/2026 | 15/04/2027 | $4,911,205.20 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,000.00 | $ *******8,000.00 | $ *******5,320.00 | $ **********33,320.00 | $ ********4,911,205.20 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| ANTONIO BARROS & COMPANIA LIMITADA- | 48763 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA***

85-44-101143124

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BARRANQUILLA** | **BARRANQUILLA** | **85** | **85-44-101143124** | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **26** | **01** | **2026** | **02** | **02** | **2026** | **00:00** | **15** | **04** | **2027** | **23:59** | **EMISION ORIGINAL** |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **SANTIAGO GOMEZ, CELSO JUNIOR** | | **CC: 72.220.911** |
| DIRECCIÓN: carrera 71 no 79 - 135 | CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO | TELÉFONO: | 3008169707 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL ATLANTICO** | | **NIT: 899.999.034-1** |
| DIRECCIÓN: CR 43 NRO. 42 - 40 | CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO | TELÉFONO | 3008287950 |

ADICIONAL:




| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,000.00 | $ *******8,000.00 | $ *******5,320.00 | $ ***********33,320.00 | $ ********4,911,205.20 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑÍA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| ANTONIO BARROS & COMPANIA LIMITADA- | 48763 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA***

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| **BANCO** | **CHEQUE No.** | **VALOR** |
| | | |

| | |
|---|---|
| **EFECTIVO** | |
| **CHEQUE** | |
| **TOTAL $** | |

(415) 7709998021167 (8020) 11013610595757 (3900) 000000033320 (96) 20270202

**REFERENCIA PAGO:**

**1101361059575-7**

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA