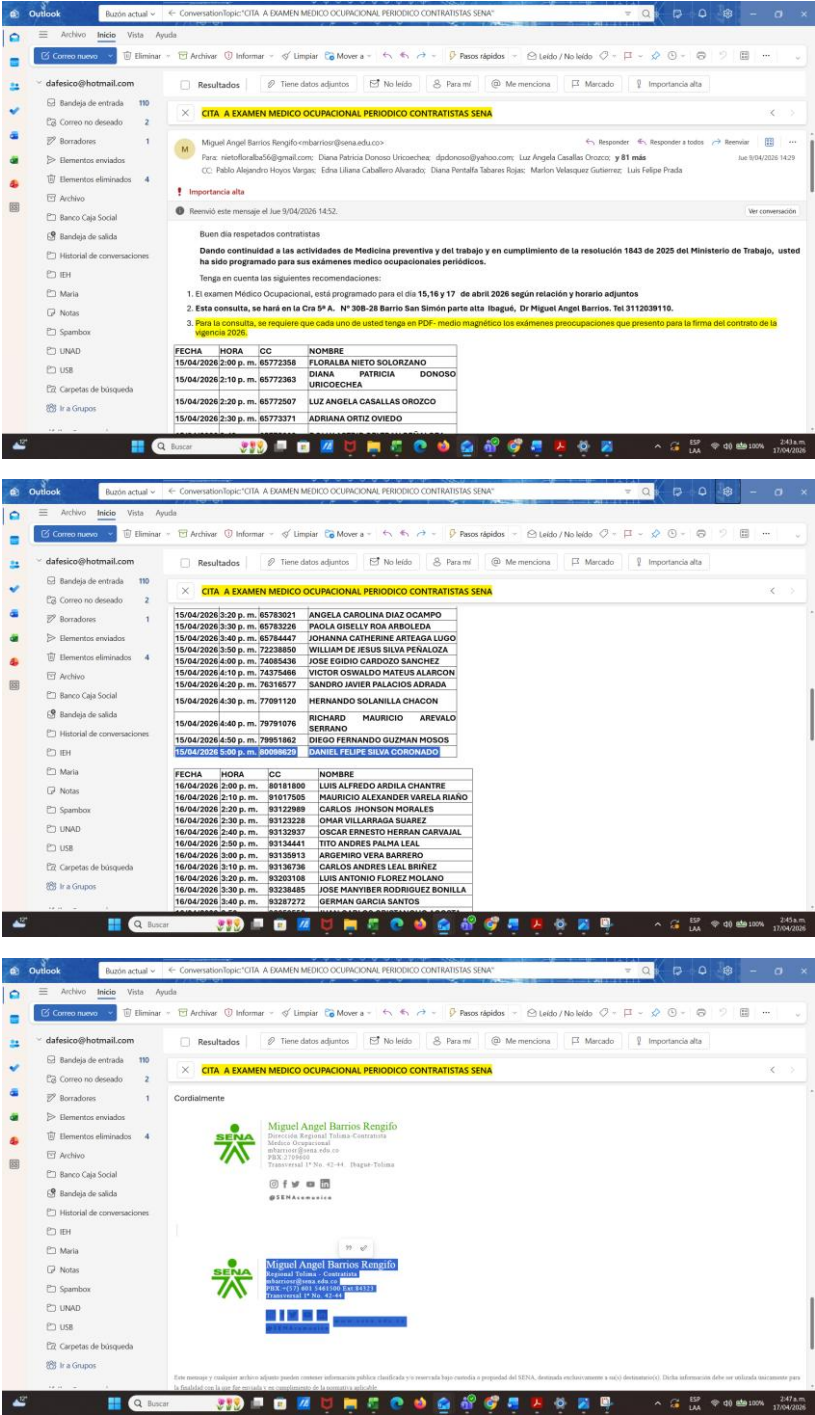
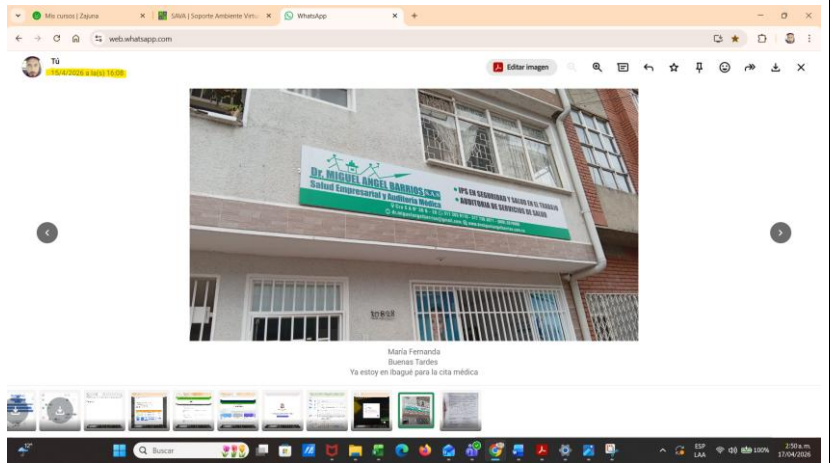



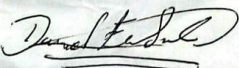

Evidencias Obligaciones Específicas del Contrato 9

9. Participar de manera activa en todas las reuniones, sesiones o espacios de transferencia orientados a socializar y apropiar los lineamientos institucionales, garantizando criterios unificados y la correcta aplicación de los instrumentos definidos en la Guía de Orientaciones AVA vigente

Ejecución mensual de actividades

Nro.	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
9	<p>Asistir a la totalidad de las reuniones y demás jornadas que se adelanten o sean requeridas, así como brindar respuesta diaria y oportuna a las comunicaciones recibidas por parte de todos los roles que componen la estrategia de la formación y desde el grupo encargado de la dirección de formación profesional.</p>	<p>Asistí a la citación por parte de la Regional Tolima, para la realización del Examen Médico Ocupacional Periódico el día miércoles 15 de Abril, realizado en la Cra 5ª A. No 30B - 28 Barrio San Simón en Ibagué, por el Dr. Miguel Ángel Barrios.</p> <p>Ése día no me asignaron fichas de ejecución diaria, para el seguimiento a la formación virtual.</p> <p>Por lo anterior, se acudió a ésta cita médica, dando cumplimiento a la actividad de Medicina preventiva y del trabajo dirigida a los contratistas referenciados en la comunicación respectiva.</p>	<p>Evidencias Adjuntas; Capturas de Pantalla, Correo electrónico y Documento Examen Médico Periódico.</p> 



		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
		DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARÍA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
		FORMATO CONCEPTO	
Regional		Tolima	
Centro		Centro Agropecuario de la Granja	
Nombre	DANIEL FELIPE SILVA CORONADO		
Tipo Examen	Examen Medico Periodico		
Fecha Creación	2026-04-15 00:00:00		
CONCEPTO			
01. Puede seguir laborando en su cargo actual			
RECOMENDACIONES CONCEPTO			
Se encuentra trabajador en buena condición, sin signos de enfermedad asociada con el trabajo, se refuerzan recomendaciones para autocuidado y ajustes de ergonomía del puesto de trabajo.			
RESTRICCIONES CONCEPTO			
Sin restricción			
REQUIERE EXÁMENES ADICIONALES			
PSICOLOGICO	No	GENERAL	No
ESPECIALISTA	No	ADICIONAL	No
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
<p>Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene esta consulta medica o psicologica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico o psicólogo asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico o psicologico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica o psicologica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos o psicológicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica o psicológica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica y psicologica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:</p>			
Aspirante o Trabajador		Medico o Psicologo	
Nombre	DANIEL FELIPE SILVA CORONADO	Nombre	Miguel Angel Barrios Rengifo
			
Firma		Firma	
No. Identificación	80098629	Sello	