



# NELSON MOLINA MARTÍNEZ

MD. Especialista. Salud Ocupacional. U de A. Lic. 113070.  
Calle 47 N°.48-47. BELLO/ANTIOQUIA. Teléfono: 4570790  
Celular 3146847053 - jonemo38@yahoo.com

| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO                                                                                        |        |    |                                                                                                            | Fecha                                                                                                                                                                               |                    |                                                                                               |                  |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|
|                                                                                                                             |        |    |                                                                                                            | Día                                                                                                                                                                                 | Mes                | Año                                                                                           |                  |    |
|                                                                                                                             |        |    |                                                                                                            | 09                                                                                                                                                                                  | 09                 | 2019                                                                                          |                  |    |
| <b>1) INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                               |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| <b>EMPRESA USUARIA: SENA</b>                                                                                                |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| <b>JHON FREDY VALENCIA GÓMEZ</b>                                                                                            |        |    | <b>CÉDULA</b>                                                                                              | <b>EDAD: 41 años</b>                                                                                                                                                                | <b>Género</b><br>M |                                                                                               |                  |    |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>                                                                                                  |        |    | 15 514 637                                                                                                 | <b>Fecha de Nacimiento</b><br>20/08/1978                                                                                                                                            |                    |                                                                                               |                  |    |
| <b>Cargo: Contratista</b>                                                                                                   |        |    |                                                                                                            | <b>Teléfono: 313 725 5990</b>                                                                                                                                                       |                    |                                                                                               |                  |    |
| <b>2) EXÁMENES</b>                                                                                                          |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| Tipo de examen                                                                                                              | Normal |    | Tipo de examen                                                                                             | Límites normales                                                                                                                                                                    |                    | Otros exámenes                                                                                | Límites normales |    |
|                                                                                                                             | SI     | NO |                                                                                                            | SI                                                                                                                                                                                  | NO                 |                                                                                               | SI               | NO |
| Osteomuscular                                                                                                               | X      |    | Visiometría (carta Snell)                                                                                  | X                                                                                                                                                                                   |                    | Audiometría                                                                                   |                  |    |
| Cardiovascular                                                                                                              | X      |    | Otorrinolaringológico                                                                                      | X                                                                                                                                                                                   |                    | Espirometría                                                                                  |                  |    |
| Pulmonar                                                                                                                    | X      |    | Abdominal                                                                                                  | X                                                                                                                                                                                   |                    | Optometría                                                                                    |                  |    |
| Neurológico                                                                                                                 | X      |    | Metabólico                                                                                                 |                                                                                                                                                                                     |                    | EKG                                                                                           |                  |    |
| Mental                                                                                                                      | X      |    | Prueba Psicosensoométrica: Normal                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                    | Rx Tórax                                                                                      |                  |    |
| <b>Observaciones:</b>                                                                                                       |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| <b>3) Antecedentes patológicos de importancia: No.</b>                                                                      |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| <b>4) CONCEPTO LABORAL</b>                                                                                                  |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| <b>Restricciones para el cargo: NO</b>                                                                                      |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| <b>5) AUTORIZACIÓN</b>                                                                                                      |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| Autorizo al aspirante para laborar en:                                                                                      |        |    | ESPACIOS CONFINADOS: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA <input checked="" type="radio"/> |                                                                                                                                                                                     |                    | ALTURAS SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA <input checked="" type="radio"/> |                  |    |
| MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA <input checked="" type="radio"/>            |        |    | NA: no aplica                                                                                              |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| <b>RECOMENDACIONES:</b>                                                                                                     |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| Hábitos saludables: dieta y ejercicio.                                                                                      |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| Realizar pausas activas durante la jornada laboral.                                                                         |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| Utilizar protección auditiva en exposición a ruido superior a 85 dB.                                                        |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| Consultar Optometría EPS anual.                                                                                             |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| Adoptar posiciones adecuadas durante el levantamiento de cargas, para evitar lesiones de columna.                           |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| Uso diario de protector solar, en exposición a radiación solar.                                                             |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| Consultar anualmente odontología EPS.                                                                                       |        |    |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                               |                  |    |
| <br><b>FIRMA DIGITALIZADA DEL MÉDICO</b> |        |    |                                                                                                            | Declaro que la información suministrada es verídica.<br><br><b>FIRMA ASPIRANTE O TRABAJADOR</b> |                    |                                                                                               |                  |    |

*Dr. Nelson Molina M.*  
Médico Cirujano U.P.B.  
Médico E.S.O. U. de A.  
C.C. 70.050.709  
Reg. Nal. 11404 - Lic. 113070  
Calle 47 N°. 48-47 Tel. 457 07 90

## Consentimiento informado.

Autorizo a Nelson Molina Martínez a realizar mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria. Certifico que no omito información relevante que pudiera influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas, verídicas y pueden ser confirmadas.

Autorizo 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 gestión de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones descritas en dicha legislación. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente toda la información y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## Consideraciones normativas de los exámenes médicos

De acuerdo con las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 del 5 de junio de 2009 del ministerio de la protección social (actualmente ministerio del trabajo y de salud y protección social), se reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales. El objeto es determinar la existencia de restricciones, de acuerdo con los oficios y actividades definidos por el empleador en el perfil del cargo. La norma establece que el empleador sólo deberá conocer el Concepto Médico del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica están sometidos a reserva del profesional y están salvaguardados y custodiados según la normatividad vigente. El trabajador puede obtener copia de los resultados cuando lo requiera, considerando que éste hace parte integral de su historial médico.



### Hace constar:

Que el Sr(a) JHON FREDY VALENCIA GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15514637 realizó el día 16/02/2021 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo JHON FREDY VALENCIA GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15514637 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

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



POSITIVA  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A  
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JHON FREDY VALENCIA GOMEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 15.514.637, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 08/02/2021 y fecha fin de contrato 16/12/2021 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012363414.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

# Certificado Bancario

Domingo, 24 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JHON FREDY VALENCIA GOMEZ identificado(a) con CC 15514637, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto          | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 55377335791  | 2011/12/15     | ACTIVA |

**\* Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (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.

*Juan Camilo Moreno*  
Juan Camilo Moreno Gómez  
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el  
momento  
de  
todos



Bancolombia

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
(GARANTÍA ÚNICA)



|                                                                 |                     |                                   |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Ciudad y Fecha de Expedición<br>MEDELLIN, 03 DE FEBRERO DE 2021 | Póliza<br>2888782-1 | Documento<br>13522825             |
| Intermediario<br>ZAYDA LUCIA MAYA MAYA                          | Código<br>7965      | Oficina<br>4031                   |
|                                                                 |                     | Referencia de Pago<br>01213522825 |

**TOMADOR**

|                                       |                                                                   |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| CEDULA<br>15514637                    | Razón Social y/o Nombres y Apellidos<br>JHON FREDY VALENCIA GOMEZ |
| Dirección<br>CR 68 # 47 - 26 APTO 301 | Ciudad<br>COPACABANA                                              |
|                                       | Teléfono<br>4015262                                               |

**GARANTIZADO**

|                    |                                                  |
|--------------------|--------------------------------------------------|
| CEDULA<br>15514637 | Nombres y Apellidos<br>JHON FREDY VALENCIA GOMEZ |
|--------------------|--------------------------------------------------|

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

|                   |                                                         |
|-------------------|---------------------------------------------------------|
| NIT<br>8999990341 | Nombres y Apellidos<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |
|-------------------|---------------------------------------------------------|

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

|                           |               |                   |                 |           |
|---------------------------|---------------|-------------------|-----------------|-----------|
| COBERTURA                 | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA     |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 03-FEB-2021   | 16-ABR-2022       | 3.533.985,00    | 40.000,00 |

| VIGENCIA DEL SEGURO |             | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO |             |             | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|--------------------|----------------------|---------------|
| Desde               | Hasta       | Días                    | Desde       | Hasta       |                    |                      |               |
| 03-FEB-2021         | 16-ABR-2022 | 437                     | 03-FEB-2021 | 16-ABR-2022 | \$40.000           | \$7.600              | \$47.600      |

**VALOR A PAGAR EN LETRAS**

CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

|                               |                                           |                         |                                         |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|
| Documento de:<br>POLIZA NUEVA | Valor Asegurado Movimiento<br>\$3.533.985 | Prima Anual<br>\$10.602 | Total Valor Asegurado<br>\$3.533.985,00 |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA  
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

**103 - NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP**

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA          | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|------|----------|---------|---------|-----------|-----------------|-----------|---------------------|--------------------------|
| 012  | NDX      | 4031    | CUM001  | 01        | PESO COLOMBIANO | DIRECTO   |                     |                          |

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR  | COMPAÑÍA                            | CATEGORÍA      | %PARTICIPACIÓN | PRIMA  |
|--------|-----------------------|-------------------------------------|----------------|----------------|--------|
| 7965   | ZAYDA LUCIA MAYA MAYA | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | INDEPENDIENTES | 100,00         | 40.000 |

| DESCRIPCIÓN         | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación Interna de la proforma |
|---------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------------|
| CÓDIGO CLAUSULADO   | 01/01/2017                           | 13 - 18                     | P                 | 05                  | F-01-12-084                           |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/06/2017                           | 13 - 18                     | NT-P              | 5                   | N-01-012-011                          |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

Proceso de selección: Prestación de servicios

NRO. DE CONTRATO C01.PCCNTR.1333044.

OBJETO:

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROGRAMAS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LA CADENA DE TICS-ELECTRÓNICA DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DEL ÁREA QUE SE IMPARTEN EN EL CENTRO

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA