Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

H SAN JUAN DE DIOS ANZOATEGUI

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
OVALLE	PARAMO	LUIS FERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 14227207 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 13 MES 02 AÑO 1958

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: BL. A5 APTO.302 BARRIO PALMERAS

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUE

TELÉFONO 3223198861 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 12 AÑO 1976

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		MEDICO CIRUJANO		1986	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB
INGLES		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSP. SAN JUAN DE DIOS ANZOATEGUI	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ANZOATEGUI	admin@sanjuandedios.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3145869284	DÍA 05 MES 10 AÑO 2021	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	cra 2da calle 5ta esquina,Anzoátegui

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSP. SAN JUAN DE DIOS ANZOATEGUI	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ANZOATEGUI	admin@sanjuandedios.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
314586284	DÍA 01 MES 07 AÑO 2021	DÍA 30 MES 09 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL SP	SALUD PUBLICA	cra 2da calle 5ta esquina,Anzoátegui

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
H. SAN ANTONIO DE HERVEO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	HERVEO	hospisanantonio@gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
321552566	DÍA 01 MES 01 AÑO 2012	DÍA 30 MES 07 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	Herveo Tolima

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSP. RICARDO ACOSTA DE PALOCABILDO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	PALOCABILDO	gerencia@ricardoacosta.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
322562587	DÍA 01 MES 01 AÑO 2010	DÍA 31 MES 12 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	Palocabildo Tolima

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSP. DE GUASCA CUNDINAMARCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUASCA	guasca@sanjuandedios.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3152167545	DÍA 01 MES 01 AÑO 2009	DÍA 31 MES 12 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	Guasca Cundinamarca

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSP. CENTRAL DE PLANADAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	TOLIMA	hospi@centralplanadas.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
320546879	DÍA 01 MES 01 AÑO 2008	DÍA 30 MES 12 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
GERENTE	GERENCIA	PLANADAS TOLIMA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
H. CENTRAL DE PLANADAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	PLANADAS	hospi@centralplanadas.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
320546879	DÍA 01 MES 01 AÑO 2004	DÍA 30 MES 12 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	PLANADAS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSP. SANJUANDE DIOS DE ANZOATEGUI	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ANZOATEGUI	admin@sanjuandedios.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3145861236	DÍA 01 MES 01 AÑO 1996	DÍA 31 MES 12 AÑO 2003

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	ASISTENCIA	ANZOATEGUI TOLIMA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

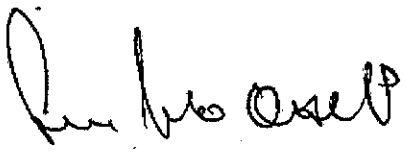
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
MÉDICO	26	312
	26	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⓧ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

GOBIERNO DE COLOMBIA

FUNCIÓN PUBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LUIS FERNANDO OVALLE PARAMO

IDENTIFICADO CON: C C xx C.E. T.I. N° 14.227.207 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Dirección Bloque A 5 Apartamento 302 Conjunto Las Palmeras Teléfonos 3115220316

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DEYI DAILE ACOSTA ARANGO	38.258.323	ESPOSA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** xxxxx **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	79.440.000.oo
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	5.700.000.oo
GASTOS DE REPRESENTACION	32.200.000.oo
ARRIENDOS	12.000.000.oo
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	35.240.000.oo

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	53069173437975 15	B Ibague	2.5'000.000 =

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
-	-	-
-	-	-

Escaneado con

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-	-	-

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI xxx NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
DEYI DAILE ACOSTA ARANGO	C.C. Xxx C.E. T.I.	38.258.323

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Luis Fernando Oyalle Páramo

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Ibagué, Enero 25/2022

CIUDAD Y FECHA

Certificado
Bancario

Viernes, 24 de septiembre de 2021

Señor(a)
LUIS FERNANDO OVALLE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS FERNANDO OVALLE PARAMO identificado(a) con CC 14227207, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	71832679822	2014/10/20	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

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14808270225

(415)7707212489984(8020) 000001480827022 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 4 2 2 7 2 0 7	4	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	14227207	1 9 5 8 0 8 0 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OVALLE	PARAMO	LUIS	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: BL A 5 AP 302 CONJ LAS PALMERAS

42. Correo electrónico: pititi2345@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 2 2 0 3 1 6	

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 6 2 1	1 9 8 6 1 2 3 1				2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados 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 61. Fecha: 2022 - 01 - 24 / 17 : 36: 22

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre OVALLE PARAMO LUIS FERNANDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-01-2022 05:39:02PM

Dr. Fernando López Galindo

SALUD OCUPACIONAL - MEDICINA LABORAL
ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS - U. DEL TOLIMA
REGISTRO MD. 5523/83 - LICENCIA SO 2902 DEL 14092018 SST

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Examen Médico Ocupacional:			Fecha: D M A		Fecha: D M A		Fecha: D M A		Fecha: D M A
	Ingreso:	X	25.01.2022	Periódico		Reintegro		Egreso	

IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos:	LUIS FERNANDO OVALLE P.			Número de Identificación:	14.227.207	de	IBAGUE		
Lugar de nacimiento:	IBAGUE	Fecha de Nacimiento:	13.02.58	Sexo: F	M X	Edad:	62	años	
Estado civil: S	C X UL	Sep	Escolaridad:	Analfabeta:	Media:	Técnica:	Universidad: X	Postgrado:	
Dirección:	B/AS APTO 302 LAS PALMERAS		Ciudad:	IBAGUE		Teléfono:	3223196861		
Profesión:	MEDICO	Cargo:	APOYO A LA GESTION EN SALUD PUBLICA			Sección:	ALCALDIA ANZOATEGUI		
E.P.S. (Salud)	NUEVA EPS	A.F.P. (Pensiones)	PROTECCION			A.R.P. (Riesgos)			

CONCEPTO MEDICO INGRESO :

Condiciones de salud adecuadas para el cargo	X	
Restricciones que no interfieren con su trabajo normal:		
Restricciones que limitan su trabajo normal		
Retirado		
Se ajusta a las		
Diagnóstico:	HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLA	OBESIDAD.
	ASTIGMATISMO DE REFRACCION CORR.	

CONCEPTO MEDICO PERIODICO

Normal:	Si		No		Describir		Remisión:	Si		No		EPS		ARP	

CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

Normal:	Si		No		Describir		Remisión:	Si		No		EPS		ARP	

Recomendaciones médicas ocupacionales

Del Trabajador:	
En el área de trabajo:	

Restricciones medicas ocupacionales:

HAY RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Incluir a los programa de vigilancia epidemiológica de la Empresa:

Presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

DR. FERNANDO LOPEZ GALINDO
REGISTRO MD. 5523/83
SALUD OCUPACIONAL - MEDICINA LABORAL

LUIS FERNANDO OVALLE P.
14.227.207 **IBAGUE**

Reflejos	Normal	Anormal	Describir
tal	X		
ital	X		
ares	X		
anos	X		
en neurológico	X		
sacular perifér.	Normal	Anormal	Describir
s periféricos	X		
es		X	MMII, PPL/ DER

el y faneras	Normal	Anormal	Describir
ricos	X		
jes	X		
s	No		
	No		
	X		
atosis / otras	X		

8,10 Nervioso Central	Normal	Anormal	Describir
Cerebro	X		
Medula espinal	X		
Pares craneanos	X		
Nervios periféricos	X		

8.11 Psiquiatria	Normal	Anormal
Trastornos mentales y del comportamiento	X	

EXÁMENES DE LABORATORIO

Examen	Fecha	Resultado	Examen	Fecha	Resultado
UDIOMETRIA			4.		
ISIOMETRIA			5.		
EROLIGIA			6.		
iciones:					Hemoclasificación:

INMUNIZACIONES

Vacuna	Fecha	Próxima dosis	Vacuna	Fecha	Próxima dosis

DIAGNÓSTICOS	ORIGEN	CODIGO CIE10
IPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA.		
OBESIDAD.		
TRASTORNO DE REFRACCION CORREGIDA.		

RECOMENDACIONES

TROLES MEDICOS Y NUTRICIONALES RUTINARIOS.

de Elementos de Protección recomendado para la	Ojos	Oidos	Cara	Cabeza	Respiración	Tronco	Otro (¿Cuál?)
asignada:							

CONCEPTO MEDICO DE INGRESO / REINTEGRO

Concepto		Observaciones
iciones de salud adecuadas para el cargo	X	
estricciones que no interfieren con su trabajo normal		
estricciones que limitan su trabajo normal		
ado		
e ajusta a las condiciones de salud adecuadas para el cargo		

iere reubicación: No Si Restricciones: NO HAY RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

CONCEPTO MEDICO PERIODICO

rmal:	Si		No		Describir		Remisión:	Si		No		EPS		ARP	

CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

rmal:	Si		No		Describir		Remisión:	Si		No		EPS		ARP	

TA: Resolución 2346/07 Artículo 3º Parágrafo. El médico evaluador deberá entregar al trabajador copia de cada una de las evaluaciones médicas ocupacionales ticadas, dejando la respectiva constancia de su recibo.

rabajador firma en constancia de que se le practicó examen médico.

DRA MARTHA C CESPEDES C
MEDICA UTP
CC 42072028
RM 1797-92

DRA MARTHA C CESPEDES C MED
CC 42.072028 PEREIRA
REG MD 1797/92

LUIS FERNANDO OVALLE P.
14.227.207 IBAGUE

	Visiometría			Observaciones
Snellen	OD	OI	AD	
ana	0,50 M.	0,50 M.	0,50 M.	VISION NORMAL CC
e	20/20	20/20	20/20	VISION NORMAL
ección				

	Normal	Anormal	Describir
uello			
cción	X		
ación	X		PULSO CAROTIDEO PRESENTE NORMAL
opellar	X		NO MASAS
dula tiroides	X		

ÓRAX	Normal	Anormal	Describir
Inspección	X		
Palpación	X		
Percusión	X		
Auscultación	X		CAMPOS PULMONARES LIMPIOS BUENA VENTILACIÓN

	Normal	Anormal	Describir
ación			
o	X		
os	X		NO RUIDOS AGREGADOS
os	X		

Abdomen	Normal	Anormal	Describir
cción	X		Perímetro Abdominal: Cm.
ación (Megalias)	X		BLANDO NO MEGALIAS
sión	X		
ultación	X		PERISTALTISMO PRESENTE NORMAL
as	No		
ías	X		

	Oído	Normal	Anormal	Describir
D	Dentadura			
O	Prótesis	Superior:		
R		Inferior:		
L		Total:		

Genitourinario	Normal	Anormal	Describir
Inspección	X		
Vello púbico	X		
Testículos	X		
TR (si aplica)			

Mujer	Normal	Anormal	Describir
Inspección			
Vello púbico			
TV / TR (si aplica)			

Osteomuscular

Miembros Superiores

Arcos de movimiento	Anormalidad								PHALEN		TINNEL	
	Homb.		Codo		Muñec		Dedos		D	I	D	I
	D	I	D	I	D	I	D	I	(-)(+)	(-)(+)	(-)(+)	(-)(+)

(-)=NEGATIVO (+)=POSITIVO

Inspección:

Atrofia:	No	X	Si	
Hipertrofia:	No	X	Si	
Palpación:	Normal	X	Anormal	
Sensibilidad:	Normal	X	Anormal	

Estructuras anormales (Congénitas, amputaciones, desviaciones, masas, dolor, contracturas):

PUEDE SOSTENER POSTURA Y MARCHA EN PUNTA DE PIES Y TALONES.

Miembros Inferiores

Arcos de movimiento	Anormalidad								Inspección:			
	Cader		Rodill		Cll pie		Dedos		Atrofia:	Si	No X	¿Cuál?
	D	I	D	I	D	I	D	I	Hipertrofia:	Si	No X	¿Cuál?
Flexión									Palpación:	Normal X	Anormal	
Extensión									Sensibilidad:	Normal X	Anormal	
Abducción									Marcha:	Normal X	Anormal	
Aducción									Claudicación:	No		
Rot. Interna									Ayudas:	No X	Si	
Rot. Extern.												
Inversión												
Eversión												

Columna vertebral

Región	Cervical			Dorsal			Lumbar		
	N	A	D	N	A	D	N	A	D
is									
sis									

Escoliosis	Cervical		Dorsal		Lumbar	
	No	Si	No	Si	No	Si
Derecha	X		X		X	
Izquierda	X		X		X	

Pruebas especiales

Test Schöber (movilidad lumbar):	cm.
Test de Wells (isquiotibiales):	grados

Arcos de movimiento	Cervical		Dorsolumbar		Dolor		Espasmo	
	Normal	Anorm.	Normal	Anorm.	No	Si	No	Si
ón	X		X		X		X	
sión	X		X		X		X	
ción derecha	X		X		X		X	
ción izquierda	X		X		X		X	
ación lateral derecha	X		X		X		X	
ación lateral izquierda	X		X		X		X	

Pruebas especiales	Negat.	Posit.
Lasegue	X	
Maniobra de Valsalva		
Maniobra de Neri	X	
Maniobra de Wassermann		
Maniobra de Spurlin		
Maniobra de Patrick		
Maniobra de Nigram		
Wadell		

Balance Muscular

za de músculos abdominales:	Normal	X	Anormal	
za de músculos dorsales:	Normal	X	Anormal	

Estructuras retraídas

No X Si

Alineación Escapular: N Alineación Pélvica: N

HISTORIA PERSONAL

to	Niega	Si	Describir	Evento	Niega	Si	Describir (agente)
máticos	X			Alérgicos	X		
uras	X			Asma	X		
ciones	X			Rinitis	X		
incas	X			Dermatitis	X		
traumas	X			Urticaria/otros	X		
	X			Endocrin./Metabol.	X		
	X			Dislipidemia	X		
itis	X			Diabetes	X		
acusia	X			Enf. Tiroideas	X		
STORNO DE REFRACC		X	CORREGIDA	Obesidad/otros	X		
muscular	X			Digestivas	X		
ormos columna	X			Gastritis	X		
initis/bursitis	X			Ulceras	X		
nel Carpiano	X			Colitis	X		
entritis/otros	X			Otros	X		
ciosas	X			Cardiov. y resp.	X		
	X			Hipertensión		X	CONTROLADA
	X			Infarto	X		
itis	X			Angina	X		
osis	X			Epoc	X		
dalitis crónica	X			Asma	X		
	X			Várices / otros	X		
ológica / mental	X			Urológicas	X		
osia	X			Litiasis Renal	X		
nía/cefaleas	Z			Infecc. Urinaria	X		
iátricas	X			Tumorales	X		
golpiras	X			Tóxicos	X		
atológicas	X			Transfusionales	X		
	X			Medicamentos		X	ENALAPRIL
rgicos	X					X	HIDROCLOROTIAZIDA
	X					X	ACIDO ACETIL SALICILICO

HISTORIA GINECOBSTETRICA

s:	FUM:	G:	P:	C:	A:	Vivos:	FUP:	FUC:
enorrea: Si No	Método de planificación:				Ultima Citología:		Normal	Eco. Mamaria:

STILOS DE VIDA

abequismo: No X Si ____ Eventual a <5: ____ Habitual (5-10) ____ Compulsivo (11 o mas) ____

de hábito: 1-5 ____ 6-10 ____ 11-20 ____ >20 ____ 6.2 Licor: No ____ Si ____ Ocasional: X

nador: Dejo de fumar: <1 año ____ 1-5 ____ 6-10 ____ >10 ____ 6.3 Drogadicción: No X Si ____ Tipo de droga: ____

ábitos de ejercicio: No X Si ____ ¿Cuál? ____ Frecuencia: ____

esiones deportivas: No X Si ____ ¿Cuál? ____

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema	N	A	Describir	Sistema	N	A	Describir
nos de los sentidos	X			Gastrointestinal	X		
ológico / mental	X			Genitourinario	X		
orrespiratorio	X			Osteomuscular	X		
tófico y endocrino	X			Piel y anexos	X		

EXAMEN FISICO

: 67,0 Kg | Estatura: 1,66 metros | IMC: 31.6 | P.A: 120/80 | Pulso 68 | F.R: 17 | Temperatura: 37 °C

do General: Normal: X | Anormal: | Estado Mental: Normal X | Anormal | Diestro: X | Zurdo: | Ambidiestro:

abeza

		Normal	Anormal	Describir			Normal	Anormal	Describir
ao		X		NORMOCEFALO		Inspección	X		
	Párpados	X			Nariz	Mucosa	X		ROSADAS - HUMEDAS
	Conjuntiva	X				Tabique	X		
	Escleras	X				Cornetes	X		
os	Córnea	X				SPN	X		
	Iris-pupilas	X		PINRLA		Paladar			
	Fondo de ojo	X			O R L	Mucosas	X		HUMEDSAS
	Pabellones	X				Lengua	X		
dos	Conductos	X				Amígdalas	X		
	Timpanos	X		INTEGROS		Faringe	X		

Dr. Fernando López Galindo

SALUD OCUPACIONAL - MEDICINA LABORAL
ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS - U. DEL TOLIMA
REGISTRO MD. 5523/63 - LICENCIA SO 2902 DEL 14092018 SST

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Examen Médico Ocupacional:			Fecha: D M A					
	Ingreso:	X	25.01.2022	Periódico		Reintegro		Egreso	

I. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: LUIS FERNANDO OVALLE P. — Número de identificación: 14.227.207 — de IBAGUE

Lugar de nacimiento: IBAGUE — Fecha de Nacimiento: 13.02.58 — Sexo: F M X — Edad: 62 años

Estado civil: S C X UL Sep — Escolaridad: Básico: Media: Técnica: Universidad: X Postgrado:

Dirección: B A5 APTO 302 LAS PALMERAS — Ciudad: IBAGUE — Teléfono: 3223198861

Profesión: MEDICO — Cargo: APOYO A LA GESTION EN SALUD PUBLICA — Empresa: ALCALDIA ANZOATEGUI

P.S.(Salud) NUEVA EPS — A.F.P. (Pensiones) PROTECCION — A.R.L. (Riesgos)

II. HISTORIA OCUPACIONAL

Oficios desempeñados:

Empresa / Área	Ocupación / Oficio	Tiempo Años	Tiempo Meses	Exámenes Ing.	Exámenes Perl.	Exámenes Ret.	Exámenes No	ATEP No	ATEP Si	Secuelas No	Secuelas Si	ARL No	ARL Si	ARL Fecha

Actual:

Describir tipo de accidente, Lesiones y/o secuelas:

Enfermedad Profesional Calificada por ARP:

Factor de Riesgo	T.exposición(h) Empresa 1	2	3	4	5	A
Físico: Calor						
Frío						
Alta iluminac.						
Baja iluminac.						
Presión						
Rad. No Ioniz						
Rad. Ioniz.						
Ruido						
Vibración						
Químico: Neblinas						
Humos						
Polvos						
Líquidos						
Gases y						
Vapores						
Contacto						
Producto						
Químico						
FQc: Incendio						
Explosión						
Ergonom.: Sentado prolong.						
De pie prolongado						
Movimi. repetitivos						
Levant. de cargas						
Elect.: Cont. Eléct. Directo						
Cont. Eléct. Indirecto						
Carga Estática						
Psicolaboral: Atención públ.						
Monotonía						
Sobrecarga laboral						
Turnos						
Alto ritmo labor						
Conflicto relación interpersonal						

Factor de Riesgo	T. exposición (h) Empresa 1	2	3	4	5	A
Público: Tránsito						
Terrorismo						
Secuestro						
Deportivo						
Biológico: Contacto con:						
Animales						
Microorganismo						
Fluido corporal						
Locativo: Orden y aseo defici.						
Instalac. mal estado						
Almacén. deficiente						
Elementos cortantes						
Mecánicos: Caídas						
Herra. Manuel						
Máquinas						
Proyecciones						

Uso de Elementos de Protección Personal (EPP): Si ____ No X Ocasional: ____

III. HISTORIA FAMILIAR

Patología	No	Si	Parentesco	Patología	No	Si	Parentesco
Diabetes	X			Reumatológicos	X		
Cardiovascular	X			Neurológicos	X		
Cáncer	X			Mentales	X		
Respiratorios	X			Digestivos	X		
HTA	X			Hipotiroidismo	X		

DETALLE: