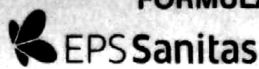


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nuestra compromiso es contigo
NIT. 890.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

01/02/2023



165846961

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente ☒ C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)				
6. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC ☒ PA SC		8. Número del documento de identidad 40399465		9. Sexo Femenino ☒ Masculino
				10. Fecha de nacimiento 30/11/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales				
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC \$1'480.000	
18. Residencia Dirección 011 30A-14A-23 Cedón				
Teléfono Celular 3108530372		Correo Electrónico aclayopineda@gmail.com		
Municipio / Distrito VALLECAJIC	Zona Urbana ☒ Rural	Localidad / Comuna	Departamento VALLE	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante				
19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino Masculino
				23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad					26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o Celular		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
B1		F N M T P			Urbana Rural						
B2		F N M T P			Urbana Rural						
B3		F N M T P			Urbana Rural						
B4		F N M T P			Urbana Rural						
B5		F N M T P			Urbana Rural						

Selección de la IPS Primaria											
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS											
C	Código de la IPS (a registrar por la EPS)										
B											
S											
D											

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO-

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social		36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	
39. Ubicación Dirección		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento
		Teléfono Fijo	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
CN RC	TI CC	CE PA	CD SC	Femenino Masculino		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado		45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones			
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☒ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad <input type="text"/> TOTAL <input type="text"/> ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
--

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación	
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
						Segundo Nombre	
Tipo de documento		Número de documento de identidad		71. Firma del Funcionario			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial <input type="text"/>	Sticker procesamiento <input type="text"/>

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH** identificado(a) con **CC** número **40.399.465** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 1995 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de febrero de 2023.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

202302020432

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 31 de enero de 2023, a las 12:46:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40399465
Código de Verificación	40399465230131124646

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 215193383



WEB

12:39:02

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 31 de enero del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40399465:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:41:50 PM horas del 31/01/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **40399465**

Apellidos y Nombres: **CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/02/2023 09:09:01 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **40399465** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **52184694** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda Imprimir

Información

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

Villavicencio, febrero 2 de 2023

Dra.
Stella Loba Vázquez
Subdirectora (e)
Centro de Industria y Servicios del Meta
Sena Regional Meta
Villavicencio, Meta

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

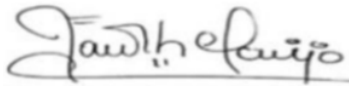
Estimado señor(a):

La suscrita Alba Janneth Clavijo Pineda identificado con C.C. No. 40399465 expedida en Villavicencio, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma

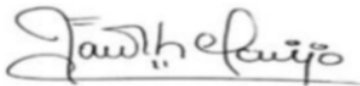
Nombres y Apellidos Alba Janneth Clavijo Pineda
C.C. No. 40399465 Vcio



NO IMPRIMIR-NI ADJUNTAR

Instrucciones para el diligenciamiento del formato

2. Instrucciones para diligenciar las casillas o campos del formato

INSTRUCCIONES	
NOMBRE DEL FORMATO	Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad Diligencie y radique si corresponde a cargos, oficios o profesiones que involucren una relación directa y habitual con niños, niñas y adolescentes, de conformidad con la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019.
Ciudad y fecha	Villavicencio, Viernes 3 Febrero de 2023
Nombres y apellidos del Destinatario	Digite nombre del coordinador de grupo de apoyo administrativo (si el cargo es de Regional o centro) o del coordinador del grupo de relaciones laborales (si el cargo es de Dirección General)
Cargo	Digite coordinador de grupo de apoyo administrativo (si el cargo es de Regional o centro) o coordinador grupo de relaciones laborales (si el cargo es de Dirección General) u ordenador del gasto que realice la contratación
Nombre de la Dependencia	Digitar nombre de la regional o centro a la que dirige la comunicación
El suscrito	ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA
C.C./ C.E./ P.P.	CC No. 40399465
Expedida el	Villavicencio
Firma	
Nombre	Alba Janneth Clavijo Pineda
Documento de identidad	CC No. 40399465 Villavicencio

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:20:35 horas del 03/02/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40399465**,
Apellidos y Nombres **CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SENA**, con NIT **899999034-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA identificada con Cédula de Ciudadanía 40399465, se inscribió en nuestro servicio el día 10/04/2008.

El presente certificado se genera el día 03/02/2023, por solicitud del interesado.

**Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos,
indiscriminados y no requieren intermediarios.**





INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código Prestador:

No. Identificación: 901200839-9

Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA

Teléfono: 6668018-3176678051

Email: gerencia@integrarips.com



Fecha de Impresión: 2023/02/02 12:30:16

Resultados Paraclínicos

Datos del Paciente

Identificación: **CC - 40399465**
Paciente: **CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH**
Fecha Nac: **1973/11/30**
Dirección: **0**
Edad: **49 años**
Sexo: **Femenino**
Teléfono: **00**
Nombre del Cargo: **INSTRUCTOR**

Nro Historia: **40399465**
Nro Ingreso: **20230202020127**
Fecha Atención: **2023-02-02 10:06:42.000**
Tipo Evaluación: **Ingreso**
Énfasis: **Anexo Osteomuscular**

Resultado

Unidad Valor de Referencia

PERFIL LIPIDICO

QUÍMICA SANGUÍNEA

COLESTEROL TOTAL	177	MG/DL	HASTA 200 MG/DL
COLESTEROL HDL	37	MG/DL	40 A 70 MG/DL
COLESTEROL LDL	120	MG/DL	HASTA 130 MG/DL
COLESTEROL VLDL	20	MG/DL	HASTA 3 MG/DL
TRIGLICÉRIDOS	98	MG/DL	HASTA 170 MG/DL
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

GLUCOSA EN SUERO	97	MG/DL	70 A 110 MG/DL
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA

Angela Maria Zarate Velasquez Zarate Velasquez

Cédula: 40403645

Registro Médico: 501028

Bacteriologo (a)

Copyright 2006 - 2023 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.



INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **No. Identificación:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripción del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: **2023/02/02 12:29:27**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 40399465	Nro Historia:	40399465
Paciente:	CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH	Nro Ingreso:	20230202020127
Fecha Nac:	1973/11/30	Fecha Atención:	2023-02-02 10:06:42.000
Dirección:	0	Tipo Evaluación:	Ingreso
Edad:	49 años	Enfasis:	Anexo Osteomuscular
Sexo:	Femenino		
Teléfono:	00		
Nombre del Cargo:	INSTRUCTOR		

Motivo Consulta:
PARA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POR INGRESO

Enfermedad Actual:
PACIENTE ACTUALMENTE ASINTOMATICA, NIEGA PATOLOGIAS O AFECIONES.

Antecedentes - Familiares

P A D R E	M A D R E	H I J O S	O T R O S
☐	☐	☐	☐
☒	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☒	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☒	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

P A D R E	M A D R E	H I J O S	O T R O S
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Observaciones
NINGUNA

Antecedentes - Personales	
Habitos	
Actividad Fisica	Tabaquismo
Actividad Fisica Sedentario (a)	Tabaquismo No fuma
Indice de Consumo de Drogas	Otro NO REFIERE
Consumo o ha consumido sustancias Psicoactivas	Alcoholismo
No NO REFIERE	Ha sentido usted que debe beber menos?
Consumo o ha consumido sustancias Alucinógenas	Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
No NO REFIERE	Alguna vez se ha sentido mal por su forma de beber?
	Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?
	Nivel de Consumol: No Consume
	Observaciones: NO REFIERE

Neurologico	
Epilepsia	No NO REFIERE
Sindrome Convulsivo	No NO REFIERE
Parkinson	No NO REFIERE
Otros:	NO REFIERE
Cefalea / Migraña	No NO REFIERE
Masas Cerebrales	No NO REFIERE
Trauma Craneoencefálico	No NO REFIERE
Eventos Cerebrovasculares	No NO REFIERE

Organos de Los Sentidos

Sinusitis	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Otalgia	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Vertigo	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Acufenos	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Enfermedades Virales	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Glaucoma	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Cataratas	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Pterigio	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Trauma Ocular	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Patologia Visual	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Rinitis	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE

Otitis	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Otorrea	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Otorragia	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Prurito	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Sensación de Oído Tapado	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Tinnitus	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Transtorno Auditivo	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Trauma Directo de Oído	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Otros Traumaticos de Oído	NO REFIERE	
Organos De los Sentidos	NO REFIERE	
Sintomas de Oído	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Sintomas Nariz	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Sintomas Garganta	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE

Alergias y Otros Patologicos

Alergias	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Cancer	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Enfermedades Virales	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Otro	NO REFIERE	

Cardiovascular y Respiratorio

Infartos	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Enf. Pulmonar Obstructiva Cronica	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Valvulopatias	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Hipertension Pulmonar	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Hipertension Arterial	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Asma	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Soplo Cardiaco	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Bronquitis	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Arritmia Cardiaca	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Neumonia	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Cardiopatias	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Silicosis	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Antecedente Cerebro Vascular	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Sindrome de Apnea del Sueño	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Otros	NO REFIERE		Trombosis	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE

Gastro Intestinal

Reflujo Gastroesofagico	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Estreñimiento	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Enfermedad Acido Peptica	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Hemorroides	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Ulcera Gastrica	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Sindrome Hiperemetico	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Sindrome Colon Irritable	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Calculos Vesicula	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Hernias	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	otros	NO REFIERE	

Endocrino y Metabolico

Alteración de Tiroides	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Alteracion de Glicemia	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE
Colesterol Elevado	<input type="text" value="No"/>	NO REFIERE	Otros Patologicos	NO REFIERE	

Genito Urinario

Calculos Renales	No	NO REFIERE
Enfermedad Prostatica	No	NO REFIERE
Varicocele	No	NO REFIERE
Infeccion Vias Urinarias	No	NO REFIERE
Pielonefritis	No	NO REFIERE
Reflujo Vesico Uretral	No	NO REFIERE
otros NO REFIERE		

Gineco Obstetricos

Menarquia	12 AÑOS	Hijos Vivos	2	FUR	00	Sin Informacion	Sin Informacion
Ciclos	Menopausia	FUP	16		Marzo	2001	
Gestaciones	2	Planifica	No	Metodo de planificacion	NINGUNO		
Partos	2	Fecha ultima citologia	Sin Informacion	Sin Informacion	2001		
Abortos	0	Tipo de resultado	NORMAL				
Cesáreas	0						
Mortinatos	0						
Observacion	NO REFIERE						

Osteomuscular

Fracturas	No	NO REFIERE	Cervicalgia	No	NO REFIERE
Esquinces	No	NO REFIERE	Lumbalgia	No	NO REFIERE
Luxaciones	No	NO REFIERE	Lesion en meniscos	No	NO REFIERE
Tendinitis	No	NO REFIERE	Hombro doloroso	No	NO REFIERE
Sindrome Tunel del Carpo	No	NO REFIERE	Otro	NO REFIERE	
Radiculopatía	No	SIN HALLAZGOS			
Bursitis	No	NO REFIERE			
Epicondilitis	No	SIN OBSERVACIONES			
Artrosis	No	NO REFIERE			
Escoliosis	No	NO REFIERE			
Retracciones Musculares	No	NO REFIERE			
Malformaciones	No	NO REFIERE			
Discopatias	No	NO REFIERE			
Fibromialgia	No	NO REFIERE			

Autoinmunes

Artritis	No	NO REFIERE
Lupus - Eritematoso sistémico	No	NO REFIERE
Síndrome Sjogren	No	NO REFIERE
Otros: NO REFIERE		

Congénitas

Labio y/o Paladar Hendido	No	NO REFIERE
Otra: NO REFIERE		

Enfermedad de Transmision Sexual

VIH	No	NO REFIERE
VPH	No	NO REFIERE
Sífilis	No	NO REFIERE
Blenorragia	No	NO REFIERE
otros NO REFIERE		

Enfermedades Infecciosas y Eruptivas

Hepatitis	No	NO REFIERE
Dengue	No	NO REFIERE
Malaria	No	NO REFIERE
Fiebre Amarilla	No	NO REFIERE
Parotiditis	No	NO REFIERE
Sarampión	No	NO REFIERE
Rubeola	No	NO REFIERE
Otras	NO REFIERE	

Dermatologicos

Nevus	No	NO REFIERE
Micosis	No	NO REFIERE
Xerodermia	No	NO REFIERE
Dermatitis Atopica	No	NO REFIERE
Dermatitis de Contacto	No	NO REFIERE
Quemaduras	No	NO REFIERE
Otros	NO REFIERE	

Transfusiones

Descripcion	NO REFIERE
-------------	------------

Revision Por Sistemas

Sintomas Constitucionales	NO REFIERE	Sintomas Neurologicos	NO REFIERE
Sintomas Respiratorios	NO REFIERE	Sintomas Cardio Vasculares	NO REFIERE
Sintomas Gastro Intestinales	NO REFIERE	Sintomas Genito Urinarios	NO REFIERE
Sintomas Osteo Muscular	NO REFIERE	Sintomas Dermatologicos	NO REFIERE
Sintomas de los Organos de Los Sentidos	SIN HALLAZGOS		

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	Si	LAPAROSCOPIA, COLECISTECTOMIA
Cirugia de Cabeza y Cuello	Si	TIMPANOPLASTIA
Cirugia de Torax	No	NO REFIERE
Cirugia de Extremidades	No	NO REFIERE
Cirugia de Piel	No	NO REFIERE
Cirugia de Tiroides	No	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Psiquiatricos

Hipocondrias	No	NO REFIERE
Transtornos Depresivos	No	NO REFIERE
Histeria	No	NO REFIERE
Paranoia	No	NO REFIERE
Desviacion Psicopatica	No	NO REFIERE
Psicastenia	No	NO REFIERE
Esquizofrenia y otros Transtornos Psicoticos	No	NO REFIERE
Hipomania	No	NO REFIERE
Transtornos de Ansiedad	No	NO REFIERE
Transtornos amnesicos y/o cognoscitivos	No	NO REFIERE
Otro	NO REFIERE	

Farmacologicas

Medicamentos Ototoxicos:	No	NO REFIERE
Fármacos:	No	NO REFIERE
Tóxicos Industriales:	No	NO REFIERE
Observaciones:	NO REFIERE	

Inmunizaciones

#	Tipo de Vacuna	Fecha	Dosis	Fabricante	Esquema	Observaciones
---	----------------	-------	-------	------------	---------	---------------

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

NO REFIERE ACCIDENTE DE TRABAJO

Enfermedad Laboral

NO REFIERE ENFERMEDAD LABORAL

Signos Vitales

☐ Consulta es Virtual

Peso 80.9

[Kg]

Talla 1.62

[Mts]

IMC 30.83

Interpretacion:

Obesidad I

Perimetro Abdominal 95

[cm]

Frecuencia Cardiac 74

[X min]

Frecuencia Respiratoria 18

[X min]

Temperatura 37

°C

Oximetria Cutanea 100

%SpO2

Tension Arterial 110/70

[mmhg/hg]

Lateralidad

Diestro

Aspecto General

Descripción aspecto general ALERTA, CONCIENTE ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS.

Cabeza

Cuero Cabelludo

Normal

SIN HALLAZGOS

Cara

Normal

SIN HALLAZGOS

Ojos

Parpados

Normal

SIN HALLAZGOS

Conjuntivas

Normal

SIN HALLAZGOS

Escleras

Normal

SIN HALLAZGOS

Pupilas

Normal

SIN HALLAZGOS

Fondo de Ojo

SIN HALLAZGOS

Oídos

Pabellon Auricular

Normal

SIN HALLAZGOS

Conductos Auditivos

Normal

SIN HALLAZGOS

Membrana Timpanica

Normal

SIN HALLAZGOS

Otoscopia

SIN HALLAZGOS

Observaciones Generales

NINGUNA

Nariz

Tabique

Normal

SIN HALLAZGOS

Cornetes

Normal

SIN HALLAZGOS

Narinas

Normal

SIN HALLAZGOS

Mucosas

Normal

SIN HALLAZGOS

Boca

Labios

Normal

SIN HALLAZGOS

Dientes

Normal

SIN HALLAZGOS

Paladar

Normal

SIN HALLAZGOS

Lengua

Normal

SIN HALLAZGOS

Orofaringe

Normal

SIN HALLAZGOS

Cuello

Inspeccion

Normal

SIN HALLAZGOS

Palpacion

Normal

SIN HALLAZGOS

Auscultacion

Normal

SIN HALLAZGOS

Extremidades Superiores

Hombro

Normal

SIN HALLAZGOS

Brazo

Normal

SIN HALLAZGOS

Antebrazo

Normal

SIN HALLAZGOS

Espalda

Inspeccion

Normal

SIN HALLAZGOS

Palpacion

Normal

SIN HALLAZGOS

Puntos Dolorosos

Normal

SIN HALLAZGOS

Signos de Radiculopatía

☐ Lasegue

☐ Bragard

SIN HALLAZGOS

Observaciones

SIN HALLAZGOS

Genito Urinario

Genitales Externos SIN MASAS, NI HERNIAS

Extremidades Inferiores

Cadera

Normal

SIN HALLAZGOS

Muslo

Normal

SIN HALLAZGOS

Rodilla

Normal

SIN HALLAZGOS

Piernas

Normal

SIN HALLAZGOS

Tobillo

Normal

SIN HALLAZGOS

Pies

Normal

SIN HALLAZGOS

Dedos de los Pies

Normal

SIN HALLAZGOS

Pulsos Perifericos

Normal

SIN HALLAZGOS

Observaciones

SIN OBSERVACIONES

Osteomuscular

Codo	Normal	SIN HALLAZGOS
Muñeca	Normal	SIN HALLAZGOS
Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de la Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Periféricos	Normal	SIN HALLAZGOS
Observaciones	SIN OBSERVACIONES	

Cardio Pulmonar

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Torác

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Valoracion de mamas NO EXAMINADO		

Abdomen

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Valoracion BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. SIN MASAS, NI HERNIAS		

	Fuerza	Movilidad Articular
MMSS	Normal	Normal
MMII	Normal	Normal
Columna	Normal	Normal

Pruebas Semilogicas

Hombro y Codo		
Maniobra de Yegarson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Jobe	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Maniobra de Patte	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Gerber	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Brazo y codo		
Prueba Para la Epicondilitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Thompson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba para la Epitrocleitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Muñeca		
Signo de Tinel	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo de Phalen	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Finkelstein	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Lumbar		
Hoover	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Lassegue	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Bragard	Negativo	SIN HALLAZGOS
Cadera		
Prueba Trendelemburg	Negativo	SIN HALLAZGOS
Observaciones SIN OBSERVACIONES		
Miembro Inferior		
Signo del Bostezo	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo del Cajon	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Mc Murray	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Neurologico

Componente Motor	Normal	SIN HALLAZGOS
Componente Sensitivo	Normal	SIN HALLAZGOS
Marcha	Normal	SIN HALLAZGOS
Coordinacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Reflejos	Normal	SIN HALLAZGOS
Observaciones SIN HALLAZGOS		

Agudeza Visual

--	--	--

Vision Lejana		
	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho: -20/20	-	
Ojo Izquierdo: -20/20	-	
Ambos Ojos: -20/20	-	
Observaciones: NO REFIERE		
Vision Proxima		
	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho: -1.75M	-	
Ojo Izquierdo: -1.75M	-	
Ambos Ojos: -1.75M	-	
Observaciones: NO REFIERE		
Piel y Faneras		
Piel	Normal	SIN HALLAZGOS
Uñas	Normal	SIN HALLAZGOS
Mucosa	Normal	SIN HALLAZGOS
Observaciones SIN HALLAZGOS		

Paraclínicos	
<div><div>Resultado de Optometría</div><div>Diagnostico Principal PRESBICIA Observaciones al Diagnostico</div></div>	
<div><div>Resultado de la Visiometría</div><div>Diagnostico Principal Descripción de la Observación General</div></div>	<div><div>Resultado de Audiometría</div><div>Diagnostico Principal HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA Descripción del GATI-SST OD: AUDICION NORMAL OI: DESCENSO LEVE EN FZ CONV DE 500HZ, Y EN AGUDAS 6KHZ, MODERADA PARA 3KHZ, 4KHZ</div></div>
<div><div>Resultado de Espirometría</div><div>Diagnostico Principal Descripción de la Observación General</div></div>	<div><div>Resultado de Fisioterapia</div><div>Diagnostico Principal Descripción de la Observación General</div></div>
<div><div>Resultado de Psicología Ocupacional</div><div>Concepto de Psicología Cumple Diagnostico Principal Observaciones Generales No se observa ningún tipo de inhabilidad mental o emocional para ejercer u ocupar algún cargo.</div></div>	<div><div>Resultado de Prueba Psicosensoométrica</div><div>Concepto Prueba Psicosensoométrica Observaciones Generales</div></div>
<div><div>Resultado de Exámen de Alturas</div><div>Observaciones Generales</div></div>	

Resultado de Laboratorio Clínico

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TECNICA	.		
OBSERVACIONES			
GLUCOSA EN SUERO	97	mg/dl	

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TÉCNICA	.		
COLESTEROL HDL	37	mg/dl	
COLESTEROL LDL	120	mg/dl	
COLESTEROL VLDL	20	mg/dl	
TRIGLICÉRIDOS	98	mg/dl	
COLESTEROL TOTAL	177	mg/dl	
OBSERVACIONES			

Analisis del Resultados de Laboratorios : SIN OBSERVACIONES

Diagnostico

Diagnostico 1: PRESBICIA

Diagnostico 2: HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA

Diagnostico 3: OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

Diagnostico 4: 0

Diagnostico 5: 0

Diagnostico 6: 0

Diagnostico 7: 0

Diagnostico 8: 0

Diagnostico 9: 0

Diagnostico 10: 0

Observaciones al Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

Conducta

- ☐ Control Cardiologia
- ☐ Control Nutricion
- ☐ Control Optometria
- ☐ Cirugia General
- ☐ Control Ortopedia
- ☐ Otros
- ☐ Control Otorrinolaringologia
- ☐ Dermatologia
- ☐ Ginecologia
- ☐ Fisiatria
- ☐ Laboratorios
- ☐ Medicina General
- ☐ Neumologia
- ☐ Oftalmologia
- ☐ Medicina Interna
- ☐ Valoración por Odontología

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional

☐ Uso de E.P.I.

☒ Pausas Activas

☒ Higiene Postural

☐ Realizacion Pruebas Complementarias

☐ Remitir a EPS

☐ Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Preventivas

☒ Osteomuscular

☒ Visual

☐ Alturas

☐ Biologico

☐ Manipulacion de Alimentos

☐ Quimico

☒ Cardiovascular y Metabolico

☐ Cuidado de la Voz

☐ Piel

☐ Espacios Confinados

☐ Respiratoria

☐ Temperaturas Extremas

☒ Auditiva

Incluir en el SVE

☐ Visual

☐ Auditiva

☐ Respiratorio

☐ Ergonomico

☐ Quimico

☐ Cardiovascular - Metabolico

☐ Psicosocial

Ocupacional - Controles

☐ Mensual

☐ Bimensual

☐ Trimestral

☐ Semestral

☒ Anual

☐ Confirmatoria

Limitaciones o restricciones:

-PACIENTE NO TRAE GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA

-SE SUGIERE VALORACION POR NUTRICION PARA DISMINUIR DE PESO.

-INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA.

-EN EL TRABAJO USO DE EPP

Recomendaciones para la empresa: NINGUNA

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evaluación - **Ingreso**

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

▼

Observaciones al concepto: CONTROL DE PESO EN SU EPS

Concepto por Enfoque de Evaluación - **Anexo Osteomuscular**

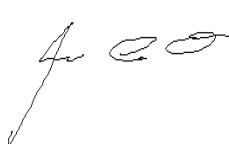
CASO DESCARTADO

▼

Observaciones al Enfoque: NO REFIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Nombre Profesional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA O

Registro Profesional: 474902001

Licencia Profesional: 78592022



Nombre del Paciente: **ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA**

Identificación del Paciente: **CC - 40399465**

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL

Nombre: Alba Janneth Clavijo Pineda

Edad: 50 años

Empresa: A Quien le interese

Identificación: 40399465

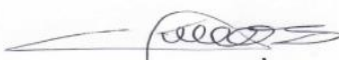
Nivel Educativo: Profesional

La candidata se encuentra separada hace 7 años, refiere tener dos hijos (24-21 años), es licencianda en ciencias de la economía, nacida en Villavicencio (Meta), esta orientado en sus tres esferas (tiempo, lugar y espacio), no presenta antecedentes de enfermedades mentales o medicas en su familia, durante la evaluación se muestra con adecuada disposición, buen tono de voz y postura corporal, posiblemente es estable emocionalmente, es una persona que tiene como metas a corto plazo trabajar y quiere a largo plazo viajar, no refiere consumo, dependencias o abuso de drogas u alcohol, sin dificultades en procesos de sueño y vigilia, coeficiente dentro el rango de aprobación. Alba presenta ausencia de trastornos psicopatológicos, es alguien tranquila que no busca riesgo en su vida, confía poco en las personas que la rodean. no presenta ideas obsesivas ni refiere fobias, sin predisposición suicida.

Resultados obtenidos del Tepsiar – LN Deter TEST M-7P

INTELIGENCIA PRACTICA				
Disposicion frente a la prueba	10.9 a 10.10 - 12.4	<> Deficiente		Excelente
Desarrollo de la prueba	10.9 a 10.10 - 12.4	<> Deficiente		Excelente
Manejo del equipo	10.9 a 10.10 - 12.4	<> Deficiente		Excelente
TIPO DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA				
EXAMEN	Parametros			
Neuroticismo	10.1 a 10.11	Neuroticismo (0 a 3)		0
Paranoidismo	10.1 a 10.11	Paranoidismo (0 a 1)		2
Agitación	10.1 a 10.11	Agitación (0 a 3)		2
Fuerza del yo	10.1 a 10.11	Fuerza del Yo (0 a 3)		0
Psicastenia	10.1 a 10.11	Psicastenia (0 a 3)		2
Hipocondría	10.1 a 10.11	Hipocondría (0 a 2)		0
Predisposicion al suicidio	10.1 a 10.11	Predisposición al suicidio (0 a 1)		0
Trastorno del Sueño	10.6	Trastorno del sueño(0 a 3)		0
Trastorno del desarrollo intelectual	10.9	Trastorno del desarrollo intelectual >= 70		
TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS				
11.1 a 11.3. Consumo de alcohol	NO			NO
11.4 a 11.7. Consumo o dependencia de drogas psicoactivas	NO			NO
11.4 a 11.7. Consumo o dependencia de medicamentos	NO			NO

Resultado: No se observa ningún tipo de inhabilidad mental o emocional para ejercer u ocupar algún cargo.


Yeimmy Álvarez Céspedes
Psicóloga
Reg. 154295



INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: No. Identificación: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripción del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRIA

Fecha de Impresión: **2023/02/02 12:29:05**

Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 40399465	Nro Historia:	40399465
Paciente:	CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH	Nro Ingreso:	20230202020127
Fecha Nac:	1973/11/30	Fecha Atención:	2023-02-02 10:06:42.000
Dirección:	0	Tipo Evaluación:	Ingreso
Edad:	49 años	Enfasis:	Anexo Osteomuscular
Sexo:	Femenino		
Teléfono:	00		
Nombre del Cargo:	INSTRUCTOR		

Optometria - Anamnesis

EXAMEN DE INGRESO, USA RX OPTICA DE CERCA, NO TRAE RX EN USO

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva No

NO REFIERE

Catarata No

NO REFIERE

Pterigio: No

NO REFIERE

Otra: NO REFIERE

Usa correccion visual No - NO REFIERE

Permanente ☐

Lejos ☐

Cerca ☐

Descanso ☐

Ultimo Examen

De 0 a 6 meses

Optometria - Antecedentes Personales

Presenta	Descripcion
Glaucoma: No	NO REFIERE
Cataratas: No	NO REFIERE
Rinitis: No	NO REFIERE
Traumas Oculares:: No	NO REFIERE
Patologia Visual: No	NO REFIERE
Hipertension Arterial No	NO REFIERE
Diabetes No	NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Laborales

☐ Iluminacion inadecuada

☒ Usuario de computador

☐ Radiaciones Ultravioleta

Otros Antecedentes: NO REFIERE

☐ Cambios de temperatura

☐ Mala ventilacion

☐ Gases o humos toxicos

Optometria - Sintomas

☐ Fotofobia

☐ Ojo Rojo

☒ Mala Vision Cercana

☐ Lagrimeo

☐ Vision Borrosa

☐ Mala Vision Lejana

☐ Ardor

☐ Vision Doble

☐ Cefalea

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

	Presenta	Descripcion
Parpados:	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras:	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal	SIN HALLAZGOS

Optometria - Rx en Uso

	Tipo	Rx en Uso	Observaciones
Ojo Derecho:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE
Ojo Izquierdo:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE

Optometria - Agudeza Visual

Visión Lejana				Visión Próxima	
	Sin Correccion	Con Correccion	Ph		Sin Correccion
Ojo derecho	-20/20	-	NO REFIERE	Ojo derecho	-1.75M
Ojo izquierdo	-20/20	-	NO REFIERE	Ojo izquierdo	-1.75M
Ambos Ojos	-20/20	-	NO REFIERE	Ambos Ojos	-1.75M
Observaciones	NO REFIERE			Observaciones	NO REFIERE

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	-NORMAL	-
Profundidad	-	-
Observaciones	NO REFIERE	

Optometria - Motilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia:	NORMAL
* Cover Test - Lejos:	ORTO
* Cover Test - Cerca:	EXO

Optometria - Oftalmoscopia

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO	Ojo Izquierdo: MI APARENTEMENTE
--	---------------------------------

Optometria - Retinoscopia

Ojo Derecho: NEUTRO	Ojo Izquierdo: NEUTRO
---------------------	-----------------------

Optometria - Queratometria

Ojo Derecho: NORMAL	Ojo Izquierdo: NORMAL
---------------------	-----------------------

Optometria - Refraccion

RX Final							
		Esfera	Cilindro	Eje	v.Lejana	v.Proxima	PH
OD		NEUTRO	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE
OI		NEUTRO	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE
Adición de Lente:	OD:1.75 - OI:1.75						Distan
Altura Focal:	NO REFIERE						
Tipo Lente:	NO REFIERE						
Uso:	NO REFIERE						
Observaciones:	NO REFIERE						

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: PRESBICIA
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1:
Diagnostico Relacionado 2:
Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

☐ Se continúa con misma RX

☐ Se da Remisión

☐ Se da Tx Medicamentos

☐ Topografía Corneal

☐ Realizar prueba ambulatoria

☐ Se da Nuevo Control

☒ No Requiere RX

☐ Requiere Nueva Rx

☐ Test de Farnsworth

Descripcion de la Conducta

NO REFIERE

Optometria - Recomendaciones

☐ Debe usar correccion visual para trabajar

☒ Uso EPP Visual

☒ Uso de Rx para Vision Proxima

☐ Uso de AR video Terminales

☒ Pausas Activas

☐ Uso de Rx de Descanso

☒ Uso de Lentes de Proteccion Solar

☐ Uso de Rx para Vision Lejana

☐ Uso Permanente de Rx Optica

Optometria - Remisiones

☐ Valoracion Oftalmologica

☐ Valoracion Ortoptica

☐ Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

☐ Mensual

☐ Bimensual

☐ Trimestral

☐ Semestral

☒ Anual

Optometria - Resultado

Resultado de Optometría No Interviene

* Descripcion de la observacion general
- SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO TRAE GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS- FILTRO SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. El consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No pue vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo



Nombre Profesional: LAURA NATALIA VEGA GONZALEZ O

Registro Profesional: 584



Nombre del Paciente: ALBA ' CLAVIJO PINEDA

Identificacion del Paciente: CC - 40399465



INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: No. Identificación: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripción del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRIA

Fecha de Impresión: **2023/02/02 12:28:55**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 40399465	Nro Historia:	40399465
Paciente:	CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH	Nro Ingreso:	20230202020127
Fecha Nac:	1973/11/30	Fecha Atención:	2023-02-02 10:06:42.000
Dirección:	0	Tipo Evaluación:	Ingreso
Edad:	49 años	Enfasis:	Anexo Osteomuscular
Sexo:	Femenino		
Teléfono:	00		
Nombre del Cargo:	INSTRUCTOR		

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

	Presenta	Descripcion
Otitis	No	NO REFIERE
Sinusitis	No	NO REFIERE
Rinitis	No	NO REFIERE
Otalgia	No	NO REFIERE
Vértigo	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Acúfenos	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE
Otorrea	No	NO REFIERE
Otorragia	No	NO REFIERE
Prurito	No	NO REFIERE
Sensación de Oído Tapado	No	NO REFIERE
Tinnitus	No	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	No	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

Sintomaticos

	Presenta	Descripcion
Sintomas Oído	No	NO REFIERE
Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	No	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

Patologicos

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	No	NO REFIERE
Sarampión	No	NO REFIERE
Rubeola	No	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	No	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

Traumaticos

	Presenta	Descripcion
Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
Trauma Directo	No	NO REFIERE
Trauma Acústico	No	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

Quirurgicos

	Presenta	Descripcion
Cirugia de Oído	No	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	No	NO REFIERE
Cirugia de Nariz	No	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	Si	TIMPANOPLASTIA
Timpanoplastia	No	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	No	NO REFIERE
Fármacos	No	NO REFIERE
Tóxicos Industriales	No	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 0 a 6 meses ▼	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

Audiometria - Habitos

Tejo	No Practica ▼	NO REFIERE
Poligono	No Practica ▼	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica ▼	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica ▼	NO REFIERE
Otros habitos	NO REFIERE	

Audiometria - Examen Fisico

OIDO DERECHO

Pabellon AuricularNormalSIN HALLAZGOS

Conductos AuditivosNormalSIN HALLAZGOS

Membrana TimpanicaNormalSIN HALLAZGOS

OtroSIN HALLAZGOS

OIDO IZQUIERDO

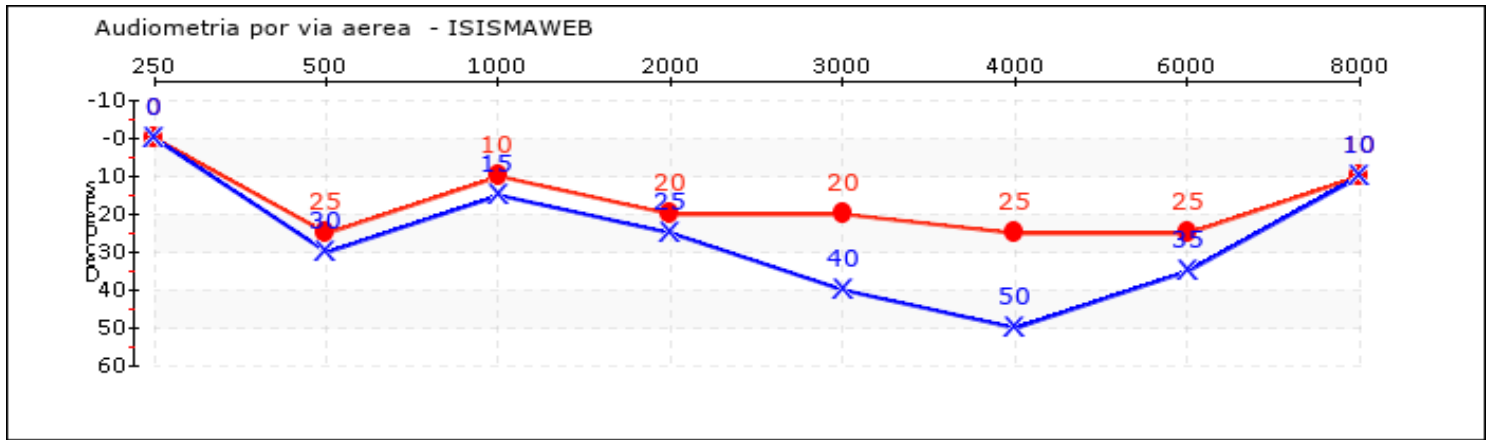
Pabellon AuricularNormalSIN HALLAZGOS

Conductos AuditivosNormalSIN HALLAZGOS

Membrana TimpanicaNormalSIN HALLAZGOS

OtroSIN HALLAZGOS

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de ExamenVia Aerea

PTA (5123)

OI27.5dB

OD18.75dB

Frecuencias								Oido
250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	
0	25	10	20	20	25	25	10	Derecho
0	30	15	25	40	50	35	10	Izquierdo

Audiometria - Audiograma Anterior

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	Derecho
0	0	0	0	0	0	0	0	Izquierdo

Audiometria - Audiograma Diferencia

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	Derecho
=	=	=	=	=	=	=	=	STS
0	0	0	0	0	0	0	0	Izquierdo
=	=	=	=	=	=	=	=	STS

Cambio Significativo

No

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

- ☐ Remision ORL
- ☐ Rotar Diadema Telefonica
- ☐ Uso de EPP Auditivo
- ☐ Pausa Auditiva
- ☐ Conducir con ventanas cerradas
- ☐ Lavado de Oido
- ☐ Pruebas Complementarias
- ☐ Limpieza OI
- ☐ Limpieza OD
- ☐ Elemento de proteccion

Audiometria - Controles

- ☐ Mensual
- ☐ Trimestral
- ☒ Anual
- ☐ Bimensual
- ☐ Semestral
- ☐ Audiometría Confirmatoria

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostic Principal

HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA

Diagnostic Interno

DISMINUCION LEVE ODIO IZQUIERDO

Descripción del GATI-SST

OD: AUDICION NORMAL OI: DESCENSO LEVE EN FZ CONV DE 500HZ, Y EN AGUDAS 6KHZ, MODERADA PARA 3KHZ, 4KHZ

Diagnostic Rel 1

Diagnostic Rel 2

Diagnostic Rel 3

Diagnostic Bilateral

HIPOACUSIA DE GRADO LEVE OI, AUDICION NORMAL OD

Diagnostic O.D

AUDICION NORMAL OD

Diagnostic O.I

AUDICION FUNCIONAL OI

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometría

No Interviene

* Descripción del Resultado general

HIPOACUSIA DE GRADO LEVE OI, AUDICION NORMAL OD CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Daniela Guerrero A

Nombre Profesional: DANIELA GUERRERO ALVAREZ
Registro Profesional: 1102883825

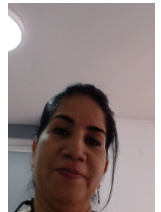
Alba Janneth Clavijo Pineda

Nombre del Paciente: ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA
Identificacion del Paciente: CC - 40399465



Información General

Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2023/02/02	Nro Ingreso:	20230202020127
Paciente:	ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA	CC:	40399465
Edad:	49 años	Nombre Cliente:	PARTICULAR
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	INSTRUCTOR	Convenio:	PARTICULAR
Origen:	SENA	Destino:	SENA
Fecha Atención:	2023-02-02 10:06:42		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS

AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A
ORINA
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: CONTROL DE PESO EN SU EPS

ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: Definición de caso para el SVE desórdenes Osteomusculares

CASO DESCARTADO

Recomendaciones Generales

- | | | |
|--|--|--|
| ☒ Examen Periodico Ocupacional | ☐ Realizacion Pruebas Complementarias | ☐ Continuar Manejo Medico |
| ☒ Pausas Activas | ☐ Uso de E.P.I. | |
| ☒ Higiene Postural | ☐ Remitir a EPS | |

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones Específicas

-PACIENTE NO TRAE GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA -SE SUGIERE VALORACION POR NUTRICION PARA DISMINUIR DE PESO. -INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA. -EN EL TRABAJO USO DE EPP

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S..



Profesional Ocupacional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0

Registro M.D: 474902001

Licencia S.O: 78592022



Firma del Paciente: ALBA JANNETH CLAVIJO
PINEDA

Identificacion: CC. - 40399465

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

(18) Whats...PROGRAM...RG_42_CES...certificado...Inicio - SIG...SIGEP...Fwd: Activa...Inicio...SIGEP...Confirmaci...

secop.gov.co/CO1Marketplace/

GmailYouTubeMaps



Aumentar el contrasteUTC -5 11:00:03ALBA JANNETH CLAV...

BúsquedaMis procesosMenúIr aBuscar...

Escritorio

Id de página: 14001307Ayuda?

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado



Haga clic para acceder a la ayuda

0Suscripciones

0En edición

0Adjudicaciones pendientes

0Invitaciones directas

0Nuevos informes

0Mensajes

NOTICIAS SECOP

PLANILLA DE PAGOS

A partir del 1 de enero se activa el servicio de consulta de planilla

Actualización registro de usuarios y proveedores hasta el 31 de enero de 2023. Al ingresar al SECOP verifica que tus datos sean correctos y estén completos.

Gracias a tu ayuda SECOP II seguirá mejorando.



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario' » Mis registros.

Mensajes

Todos

Sin mensajes...

Más información

Oportunidades de negocio

Recibidas

Sin oportunidades

Más información

7- RUT - DOCENT....pdf

1- Cedula de Ciud....pdf

8- Otros documen....pdf

7-Rut Cesario Zuñi....pdf

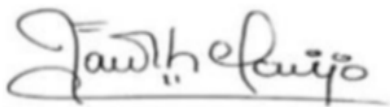
6-Declaracion de b....pdf

Mostrar todo

CERTIFICADO
NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Alba Janneth Clavijo Pineda, identificada con cédula de ciudadanía N°. 40399465 de Villavicencio, domiciliado en la ciudad de Villavicencio, dando cumplimiento a la Ley 2013 del 30 de diciembre de 2019, manifiesto bajo la gravedad del juramento **no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad** establecidas en la Constitución y la Ley.

En constancia de lo anterior, se firma el día 3 de febrero de 2023, en la ciudad de Villavicencio.



Alba Janneth Clavijo Pineda
Cédula de ciudadanía N°. 40399465 de Villavicencio