CERTIFICA

Que el usuario MARIA CRISTINA SOTO DIAZ con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No.1120368592 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen contributivo en el municipio de Granada, desde 12 de marzo de 2016, sin ninguna discapacidad.

Se expide el día 8 de febrero de 2023 a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD
EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SOTO DIAZ MARIA CRISTINA** identificado(a) con **CC** número **1.120.368.592** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de octubre de 2020 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de febrero de 2023.

Cordialmente,



***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

2023020813132

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 viernes 27 de enero de 2023, a las 10:58:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1120368592
Código de Verificación	11203685922301271058O9

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:51:54 AM horas del 27/01/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1120368592**

Apellidos y Nombres: **SOTO DIAZ MARIA CRISTINA**

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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 214867656

WEB
10:47:36

Bogotá DC, 27 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) MARIA CRISTINA SOTO DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1120368592:

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 Relacionamiento 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.

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, 27/01/2023 10:54:54 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1120368592 .**

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. **51603485** . 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

Granada meta, 08 de febrero 2023

Doctor:
Eberth Alfonso Castro Murcia
Despacho Regional Meta
Villavicencio

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

Estimado señor(a):

El (la) suscrito(a)MARIA CRISTINA SOTO DIAZ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. C.C 1120368592 expedida el 22 de ABRIL del 2002 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.

Cristina Soto Diaz

MARIA CRISTINA SOTO DIAZ
C.C 86.014.060

Instrucciones para el diligenciamiento del formato

NO IMPRIMIR

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	Escriba ciudad y fecha en la que se encuentra actualmente y día de la radicación
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	Escriba nombres y apellidos completos de quien autoriza la consulta
C.C./ C.E./ P.P.	Escriba según el tipo de documento que posee e indique el número de identificación
Expedida el	Indique la fecha de expedición de su documento de identidad
Firma	Suscriba con la rúbrica de quien autoriza la consulta
Nombre	Escriba nombres y apellidos completos
Documento de identidad	Escriba según el tipo de documento que posee e indique el número de identificación

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 11:51:20 horas del 08/02/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1120368592,** Apellidos y Nombres **SOTO DIAZ MARIA CRISTINA**

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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2023

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Colombia compra eficiente GOV.CO

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 MARIA CRISTINA SOTO DIAZ identificada con Cédula de Ciudadanía 1120368592, se inscribió en nuestro servicio el día 30/06/2016.

El presente certificado se genera el día 27/01/2023, por solicitud del interesado.

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

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Prestador: 5000102053
NIT 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Telefono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS,ANEXO OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2022/08/27	Nro Ingreso:	20220827020132 / PRINCIPAL
Paciente:	MARIA CRISTINA SOTO DIAZ	Origen:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC:	1120368592	Destino:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Edad:	29 años	Cargo:	TRABAJADOR DE CAMPO
Género:	Femenino	Fecha Ingreso:	2022-08-27 08:40:34
Tipo Evaluación:	EXAMEN INGRESO	Fecha Salida:	2022-08-27 11:57:58



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA PERFIL LIPIDICO	CONSULTA POR ESPIROMETRIA-VALORACION PULMONAR	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS:	Apto para trabajar en alturas **Nota:** Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 1409 DE 2012
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:	Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares **CASO DESCARTADO**

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.P.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Recomendaciones Específicas y/o Restricciones

HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS PARA BAJAR DE PESO. EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 1 HORA DIARIA TRES VECES POR SEMANA. USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD Y DE PROTECCION PERSONAL.

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: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO 0
Registro M.D: 688591999
Licencia S.O: 0801-11

Firma del Paciente: MARIA CRISTINA SOTO DIAZ
Identificacion: CC. - 1120368592

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **NIT:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2022/08/27 12:02:50**
Impreso por: **GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1120368592**	Nro Historia:	**1120368592**
Paciente:	**SOTO DIAZ MARIA CRISTINA**	Nro Ingreso:	**20220827020132**
Fecha Nac:	**1992/09/12**	Fecha Ingreso:	**2022-08-27 08:40:34.000**
Dirección:	**TROCHA 5**	Tipo de Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**29 años**	Enfasis:	**Anexo para trabajo en alturas, Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**TRABAJADOR DE CAMPO**		

Antecedentes - Familiares

PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS		PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS	
☐	☐	☐	☐	**Hipertensión Arterial**	☐	☐	☐	☐	**Glaucoma**
☐	☐	☐	☐	**Enfermedad coronaria / infarto agudo de miocardio**	☐	☐	☐	☐	**Sindrome Convulsivo**
☐	☐	☐	☐	**Enfermedad cerebrovascular**	☐	☐	☐	☐	**Tuberculosis**
☐	☐	☐	☐	**Alergías**	☐	☐	☐	☐	**Asma Bronquial**
☐	☐	☐	☐	**Diábetes**	☐	☐	☐	☐	**Obesidad**
☐	☐	☐	☐	**Artritis**	☐	☐	☐	☐	**Trastornos Metabolicos**
☐	☐	☐	☐	**Psiquiatricos**	☐	☐	☐	☐	**Enfermedades Gastrointestinales**
☐	☐	☐	☐	**Cancer**	☐	☐	☐	☐	**Trastornos Geneticos**
☐	☐	☐	☐	**Hipotiroidismo**	☐	☐	☐	☐	**Enfermedades Autoinmunes**
☐	☐	☐	☐	**Perdida Auditiva**	☐	☐	☐	☐	**Homicidio**
					☐	☐	☐	☐	**Suicidio**

Observaciones

NIEGA

Antecedentes - Personales

Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica: Sedentario (a)

Alcoholismo

- [ ] Ha sentido usted que debe beber menos?
- [ ] Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
- [ ] 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: Ocasional

Observaciones: NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo: No fuma

Otro NO REFIERE

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

Observaciones: NO REFIERE

Servicio Militar	No	NO REFIERE
Otros Extralaborales:	NO REFIERE	

Neurologico

Epilepsia	No	NO REFIERE	Cefalea / Migraña	[Seleccione]	NO REFIERE
Sindrome Convulsivo	No	NO REFIERE	Masas Cerebrales	No	NO REFIERE
Parkinson	No	NO REFIERE	Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
Otros: NO REFIERE(imprime 235)			Eventos Cerebrovasculares	No	NO REFIERE

Organos de Los Sentidos

Sinusitis	No	NO REFIERE
Otalgia	No	NO REFIERE
Vertigo	No	NO REFIERE
Acufenos	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE
Glaucoma	No	NO REFIERE
Cataratas	No	NO REFIERE
Pterigio	No	NO REFIERE
Trauma Ocular	No	NO REFIERE
Patologia Visual	No	NO REFIERE
Rinitis	No	NO REFIERE

Otitis	No	NO REFIERE
Otorrea	No	NO REFIERE
Otorragia	No	NO REFIERE
Prurito	No	NO REFIERE
Sensación de Oido Tapado	No	NO REFIERE
Tinnitus	No	NO REFIERE
Transtorno Auditivo	No	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	
Sintomas de Oido	No	NO REFIERE
Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Alergias y Otros Patologicos

Alergias	No	NO REFIERE	Cancer	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE	Otro	NO REFIERE	

Cardiovascular y Respiratorio

Infartos	No	NO REFIERE	Enf. Pulmonar Obstructiva Cronica	No	NO REFIERE
Valvulopatias	No	NO REFIERE	Hipertension Pulmonar	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE	Asma	No	NO REFIERE
Soplo Cardiaco	No	NO REFIERE	Bronquitis	No	NO REFIERE
Arritmia Cardiaca	No	NO REFIERE	Neumonia	No	NO REFIERE
			Silicosis	No	NO REFIERE
Cardiopatias	No	NO REFIERE	Sindrome de Apnea del Sueño	No	NO REFIERE
Antecedente Cerebro Vascular	No	NO REFIERE	Trombosis	No	NO REFIERE
Otros	NO REFIERE				

Gastro Intestinal

Reflujo Gastroesofagico	No	NO REFIERE	Estreñimiento	No	NO REFIERE
Enfermedad Acido Peptica	No	NO REFIERE	Hemorroides	No	NO REFIERE
Ulcera Gastrica	No	NO REFIERE	Sindrome Hiperemetico	No	NO REFIERE
Sindrome Colon Irritable	No	NO REFIERE	Calculos Vesicula	No	NO REFIERE
Hernias	No	NO REFIERE	otros	NO REFIERE	

Endocrino y Metabolico

Alteración de Tiroides	No	NO REFIERE	Alteracion de Glicemia	No	NO REFIERE
Colesterol Elevado	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 14
Ciclos Regular
Gestaciones 2
Partos 2
Abortos 0
Cesáreas 0
Mortinatos 0
Observacion NO REFIERE

Hijos Vivos 2
FUR 00 Sin Informacion Sin Informacion
FUP 00 Sin Informacion Sin Informacion
Planifica No
Metodo de planificacion NINGUNO
Fecha ultima citologia Sin Informacion Sin Informacion Sin Informacion
Tipo de resultado NORMAL NO REFIERE

Osteomuscular

Fracturas	No	NO REFIERE
Esquinces	No	NO REFIERE
Luxaciones	No	NO REFIERE
Tendinitis	No	NO REFIERE
Sindrome Tunel del Carpo	No	NO REFIERE
Radiculopatia	No	NO EXAMINADO
Bursitis	No	NO REFIERE
Epicondilitis	No	NO REFIERE
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

Cervicalgia	No	NO REFIERE
Lumbalgia	No	NO REFIERE
Lesion en meniscos	No	NO REFIERE
Hombro doloroso	No	NO REFIERE

Otro NO REFIERE

Autoinmunes

Artritis	No	NO REFIERE
Lupus - Eritematoso sistemico	No	NO REFIERE
Sindrome Sjogren	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE

Congenitas

Labio y/o Paladar Hendido	No	NO REFIERE

Otra: 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

Enfermedad de Transmision Sexual

VIH	No	NO REFIERE
VPH	No	NO REFIERE
Sifilis	No	NO REFIERE
Blenorragia	No	NO REFIERE

otros 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	SIN HALLAZGOS	Sintomas Neurologicos	SIN HALLAZGOS
Sintomas Respiratorios	SIN HALLAZGOS	Sintomas Cardio Vasculares	SIN HALLAZGOS
Sintomas Gastro Intestinales	SIN HALLAZGOS	Sintomas Genito Urinarios	SIN HALLAZGOS
Sintomas Osteo Muscular	SIN HALLAZGOS	Sintomas Dermatologicos	SIN HALLAZGOS
Sintomas de los Organos de Los Sentidos	SIN HALLAZGOS		

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	No	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	No	NO REFIERE
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

Farmacologicas

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

Observaciones: NO REFIERE

Psiquiatricos

Hipocondriasis	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
Trastornos amnesicos y/o cognoscitivos	No	NO REFIERE

Otro NO REFIERE

Antecedentes Ocupacionales

Inmunizaciones

Hepatitis B:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Tetanos:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Fiebre amarilla:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Influenza:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Otros:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

Enfermedad Laboral

Examen Fisico

Signos Vitales

Espalda

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos	Normal	SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatia	Lasegue / Braga	NO EXAMINADO

Observaciones SIN OBSERVACION

Peso	67	[Kg]
Talla	1.57	[Mts]
IMC	27.18	

Interpretacion: Sobrepeso

Perimetro Abdominal	0	[cm]
Frecuencia Cardiaca	76	[X min]
Frecuencia Respiratoria	18	[X min]
Temperatura	37	°C
Oximetría Cutanea	0	%SpO2
Tension Arterial	110/60	[mmhg/hg]
Lateralidad	Diestro	

Aspecto General

Descripcion aspecto general: BUENO

Cabeza

Cuero Cabelludo	Normal	SIN HALLAZGOS
Cara	Normal	SIN HALLAZGOS
Alopécico	[Seleccione]	
Seborrea	[Seleccione]	

Ojos

Parpados	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas	Normal	SIN HALLAZGOS

Fondo de Ojo: NO EXAMINADO

Oídos

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	NO EXAMINADO

Otoscopia: NO EXAMINADO

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

Extremidades Superiores

Genito Urinario

Genitales Externos: NO EXAMINADO

Extremidades Inferiores

Cadera	Normal	SIN OBSERVACIONES
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	Normal

Observaciones: SIN OBSERVACIONES

Osteomuscular

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

Hombro y Codo

Maniobra de Yegarson	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Jobe	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Maniobra de Patte	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Gerber	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Brazo y codo

Prueba Para la Epicondilitis	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Thompson	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba para la Epitrocleitis	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Muñeca

Signo de Tinel	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Signo de Phalen	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Finkelstein	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Lumbar

Hoover	Negativo	NO REALIZADO
Signo de Lassegue	Negativo	NO REALIZADO
Signo de Bragard	Negativo	NO REALIZADO

Cadera

Prueba Trendelemburg	Negativo	NO REALIZADO

Observaciones: SIN OBSERVACIONES

Hombro	Normal	SIN HALLAZGOS
Brazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Antebrazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Codo	Normal	SIN HALLAZGOS
Muñeca	Normal	SIN HALLAZGOS
Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de la Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Cardio Pulmonar

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

Toráx

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 NORMAL. (NO VALORABLE POR QUE TRAE FAJA)

Miembro Inferior

Signo del Bostezo	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Signo del Cajon	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Mc Murray	Negativo Ambos	NO REALIZADO

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:	-0.50M	-
Ojo Izquierdo:	-0.50M	-
Ambos Ojos:	-0.50M	-

Observaciones: NO REFIERE

Piel y Faneras

Piel	Normal	SIN HALLAZGOS
Uñas	Normal	SIN HALLAZGOS
Mucosa	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Paraclinicos

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal
EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Psicología

Concepto de Psicologia
[Seleccione]
Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Observaciones Generales
AUDICION NORMAL

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado Psicosensométrico

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Laboratorio Clínico

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
COLESTEROL HDL	46	mg/dl	40 a 70 mg/dl
COLESTEROL LDL	120	mg/dl	Hasta 130 mg/dl
COLESTEROL VLDL	27	mg/dl	Hasta 3 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	133	mg/dl	Hasta 170 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	193	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES			.

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
OBSERVACIONES			.
GLUCOSA EN SUERO	88	mg/dl	70 a 110 mg/dl

Diagnostico

Diagnostico 1: AUMENTO ANORMAL DE PESO

Diagnostico 2:
Diagnostico 3:
Diagnostico 4:
Diagnostico 5:
Diagnostico 6:
Diagnostico 7:
Diagnostico 8:
Diagnostico 9:
Diagnostico 10:

Observaciones al Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

Conducta

- [ ] Control Cardiologia
- [ ] Control Nutricion
- [ ] Control Optometria
- [ ] Control Ortopedia
- [ ] Control Otorrinolaringologia
- [ ] Dermatologia
- [ ] Ginecologia
- [ ] Laboratorios
- [ ] Medicina General
- [ ] Neumologia
- [ ] Oftalmologia

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones Para el Paciente:

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Uso de E.P.P.
- [x] Pausas Activas
- [x] Manejo de cargas o Posturas
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Quimico
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Psicolaboral

Recomendacion Preventivas

- [ ] Osteomuscular
- [ ] Visual
- [ ] Alturas
- [ ] Biologico
- [ ] Manipulacion de Alimentos
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Cardiovascular y Metabolico
- [ ] Cuidado de la Voz
- [ ] Piel
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Respiratoria
- [ ] Temperaturas Extremas
- [ ] Auditiva

Incluir en el SVE

- [ ] Visual
- [ ] Auditiva
- [ ] Respiratorio
- [ ] Ergonomico
- [ ] Quimico

Ocupacional - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Confirmatoria

Recomendaciones Especificas:

HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS PARA BAJAR DE PESO.
EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 1 HORA DIARIA TRES VECES POR SEMANA.
USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD Y DE PROTECCION PERSONAL.

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución **- Ingreso**

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones al concepto: SIN OBSERVACIÓN

Concepto por Enfasis de Evaluación - **Anexo para trabajo en alturas**

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

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

CASO DESCARTADO

Observaciones al Enfasis: 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: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO 0

Registro Profesional: 688591999

Nombre del Paciente: **MARIA CRISTINA SOTO DIAZ**

Identificacion del Paciente: **CC - 1120368592**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **NIT:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2022/08/27 12:02:37**
Impreso por: **GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1120368592**	Nro Historia:	**1120368592**
Paciente:	**SOTO DIAZ MARIA CRISTINA**	Nro Ingreso:	**20220827020132**
Fecha Nac:	**1992/09/12**	Fecha Ingreso:	**2022-08-27 08:40:34.000**
Dirección:	**TROCHA 5**	Tipo de Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**29 años**	Enfasis:	**Anexo para trabajo en alturas, Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**TRABAJADOR DE CAMPO**		

Optometria - Anamnesis

EXAMEN DE INGRESO, USA RX OPTICA DE DESCANSO

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 ☐ Ocacional ☐

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
- ☑ Cambios de temperatura
- ☐ Mala ventilacion
- ☐ Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Optometria - Sintomas

☐ Fotofobia	☐ Ojo Rojo	☐ Mala Vision Cercana	☐ Cansancio
☐ Lagrimeo	☐ Vision Borrosa	☐ Mala Vision Lejana	☐ Dolor
☐ Ardor	☐ Vision Doble	☐ Cefalea	☐ Secreción

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

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion	Ph
Ojo derecho	-20/20	-	NO REFIERE
Ojo izquierdo	-20/20	-	NO REFIERE
Ambos Ojos	-20/20	-	NO REFIERE

Observaciones NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correc
Ojo derecho	-0.50M	-
Ojo izquierdo	-0.50M	-
Ambos Ojos	-0.50M	-

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 - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Ojo Izquierdo: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: NEUTRO **Ojo Izquierdo: NEUTRO**

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL **Ojo Izquierdo: NORMAL**

Optometria - Refraccion

RX Final

O.D	NEUTRO	ADD+	NO APLICA	AV	NO REFIERE	DP	NO REFIERE
O.I	NEUTRO	ADD+	NO APLICA	AV	NO REFIERE	DP	NO REFIERE

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1:
Diagnostico Relacionado 2:
Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

- [ ] Se continúa com misma RX
- [ ] Se da Nuevo Control
- [ ] Se da Remisión
- [x] No Requiere RX
- [ ] Se da Tx Medicamentos
- [ ] Requiere Nueva Rx
- [ ] Topografía Corneal
- [ ] Test de Farnsworth
- [ ] Realizar prueba ambulatoria

Optometria - Recomendaciones

- [ ] Debe usar correccion visual para trabajar
- [x] Uso EPP Visual
- [ ] Uso de Rx para Vision Proxima
- [ ] PyP
- [ ] Uso de AR video Terminales
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de Rx de Descanso
- [ ] Lubricante Ocular
- [x] Uso de Lentes de Proteccion Solar
- [ ] Uso de Rx para Vision Lejana
- [ ] Uso Permanente de Rx Optica

Observaciones de las Recomendaciones: - SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA - USO DE EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REAL ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES - USAR LUBRICANTE OCULAR

Optometria - Remisiones

- [ ] Valoracion Oftalmologica
- [ ] Valoracion Ortoptica
- [ ] Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Confirmatoria

Optometria - Resultado

Resultado de Optometría Normal

* Descripcion de la observacion general
NO REFIERE

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 pro 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 q 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 e 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 co valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Nombre Profesional: LAURA NATALIA VEGA GONZALEZ 0

Registro Profesional: 584

Nombre del Paciente: **MARIA ' SOTO DIAZ**

Identificacion del Paciente: **CC - 1120368592**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **NIT:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2022/08/27 12:02:23**
Impreso por: **GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1120368592**	Nro Historia:	**1120368592**
Paciente:	**SOTO DIAZ MARIA CRISTINA**	Nro Ingreso:	**20220827020132**
Fecha Nac:	**1992/09/12**	Fecha Ingreso:	**2022-08-27 08:40:34.000**
Dirección:	**TROCHA 5**	Tipo de Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**29 años**	Enfasis:	**Anexo para trabajo en alturas, Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**TRABAJADOR DE CAMPO**		

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 Oido Tapado	no	NO REFIERE
Tinnitus	no	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	no	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

Sintomaticos

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
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	

	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	no	NO REFIERE
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 6 a 1 año	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

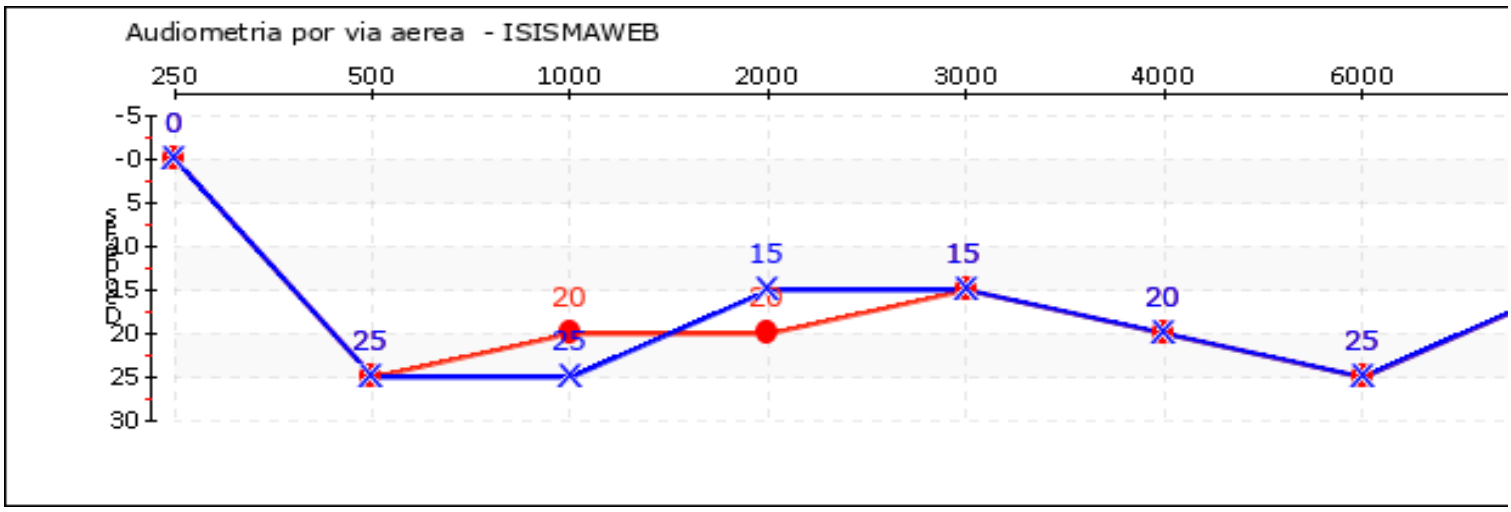
OIDO DERECHO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS
Otro	SIN HALLAZGOS	

OIDO IZQUIERDO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS
Otro	SIN HALLAZGOS	

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

- [x] Aerea - OD
- [x] Aerea - OI
- [x] Osea - OD
- [x] Osea - OI
- [x] Aerea Enmascarada - OD
- [x] Aerea Enmascarada - OI
- [x] Osea Enmascarada - OD
- [x] Osea Enmascarada - OI

PTA (5123)

OI 20 dB

OD 20 dB

Audiometría Previa
1900-01-01T00:00:

Frecuencias

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	25	20	20	15	20	25	15	**Derecho**
0	25	25	15	15	20	25	15	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Anterior

Cambio Significativo: No

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

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

- [ ] Remision ORL
- [ ] Rotar Diadema Telefonica
- [ ] Control segun PVE
- [ ] Auditiva segun PVE
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Remision a Medicina Laboral
- [ ] Uso de EPP Auditivo
- [ ] Elemento de proteccion
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [ ] Reposo auditivo Extralaboral
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Limpieza OI
- [ ] Lavado de Oido

Audiometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Anual
- [ ] Bimensual
- [ ] Semestral
- [ ] Audiometría Confirmatoria

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Diagnostico Interno	AUDICION NORMAL BILATERAL
Descripción del GATI-SO	AUDICION NORMAL
Diagnostico Rel 1	
Diagnostico Rel 2	
Diagnostico Rel 3	
Diagnostico Bilateral	AUDICION NORMAL BILATERAL Control Anual Pausas Auditivas
Diagnostico O.D	AUDICION NORMAL OD
Diagnostico O.I	AUDICION NORMAL OI

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometría: Normal

* Descripcion del Resultado general
AUDICION NORMAL BILATERAL Control Anual Pausas Auditivas

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 pro 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 qu 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 prev 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 rea que lo requiera.

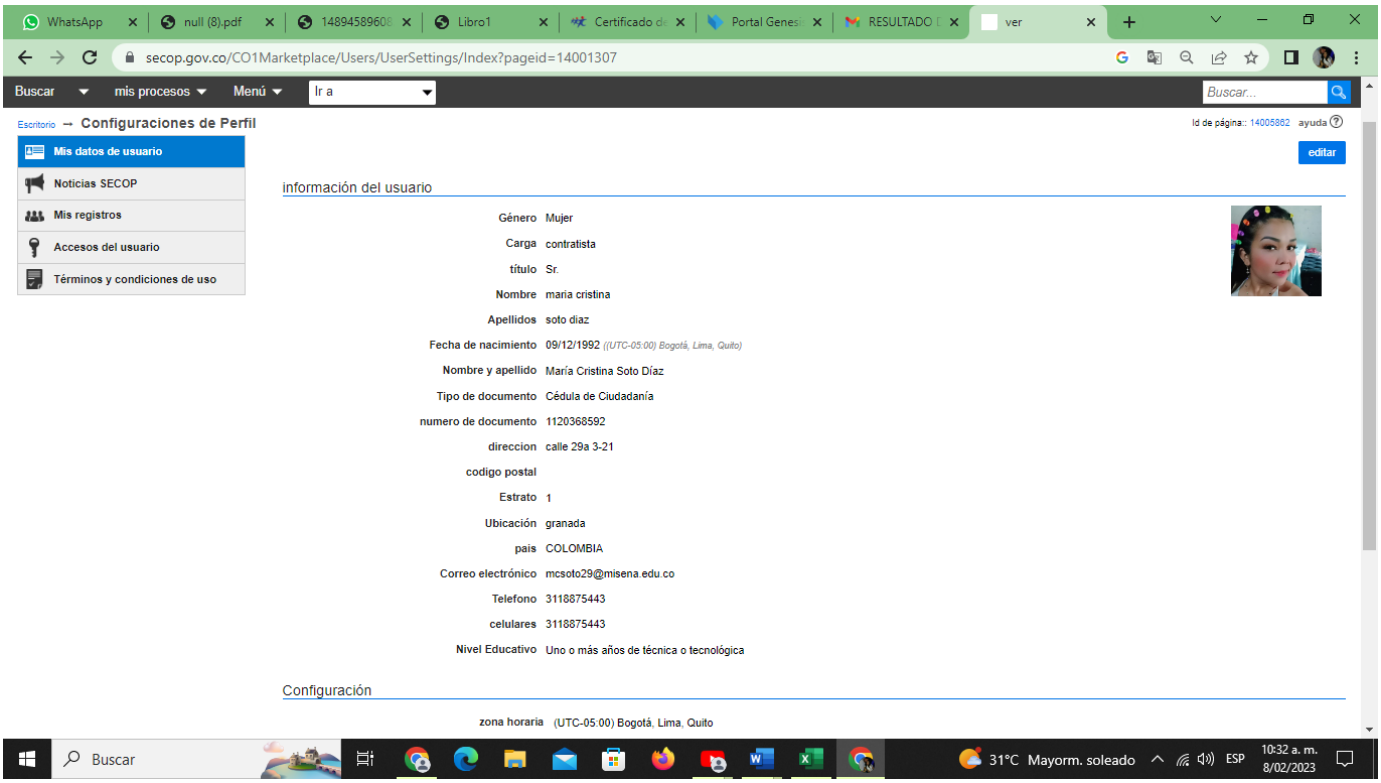




Nombre Profesional: LEIDY JANETH SANABRIA SABOGAL 0
Registro Profesional: 1603514

Nombre del Paciente: **MARIA CRISTINA SOTO DIAZ**
Identificacion del Paciente: **CC - 1120368592**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.


WhatsApp
null (8).pdf
Libro1
Portal Genes
RESULTADO
ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307
Buscar
mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Id de página:: 14005882 ayuda
editar
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
información del usuario
Género Mujer
Carga contratista
título Sr.
Nombre maria cristina
Apellidos soto diaz
Fecha de nacimiento 09/12/1992 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido María Cristina Soto Díaz
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
numero de documento 1120368592
direccion calle 29a 3-21
codigo postal
Estrato 1
Ubicación granada
pais COLOMBIA
Correo electrónico mcsoto29@misena.edu.co
Telefono 3118875443
celulares 3118875443
Nivel Educativo Uno o más años de técnica o tecnológica
Configuración
zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Buscar
31°C Mayorm. soleado
ESP
10:32 a. m.
8/02/2023

CERTIFICADO

NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

MARIA CRISTINA SOTO DIAZ, identificado con cédula de ciudadanía Nº.1.120.368.592 de GRANADA META, domiciliado en la ciudad de GRANADA, 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, 08 de febrero 2023 en la ciudad de granada meta.

Cristina Soto Diaz

MARIA CRISTINA SOTO DIAZ
C.C 1120368592

Villavicencio, 17 de febrero de 2023

Señores:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE –
SENA CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
Carrera 48 No. 6-40 Urb. Guayuriba
Villavicencio

Asunto: Certificación de suscripción Contratos de prestación de servicios con otras entidades públicas.

Estimado señor(a):

El (la) suscrito(a) **MARIA CRISTINA SOTO DIAZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1.120.368.592** de Grana Meta informo que SI___ NO X he suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades públicas.

Teniendo en cuenta lo establecido en la Directiva Presidencial 08 de 2022, las entidades tendrán la obligación de verificar en la plataforma Secop si el futuro contratista tiene suscrito otros contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión no se podrá justificar la contratación en Insuficiencia de personal de planta.

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.

Cristina Soto Diaz

María Cristina Soto Díaz
CC: 1120368592
mcsoto29@misena.edu.co
3118875443