



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Cliente: EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

Dirección: CARRERA 3 NO. 6-48

NIT: 820001405-9

Ciudad: PUERTO BOYACA

Teléfono: 7383259 7383259

Acuerdo Comercial: EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

Forma de Pago:

Fecha de Vencimiento: 25/08/2023

Plazo(días): 30

Nº IPS - 2639

26

7

2023

HORA: 7:32 a.m.

HABILITACIÓN DIAN No. 18764045200749 FECHA: 28/02/2023 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO IPS DEL 2152 AL 3000 Vigencia por 12 meses Régimen COMÚN

Cant

Descripción

Vr Unitario

Vr Total

27	CUADRO.HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)	16,500	445,500
27	ELECTROCARDIOGRAMA	25,000	675,000
27	ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	19,000	513,000
27	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)	11,000	297,000
27	VISIOMETRÍA	17,000	459,000
27	AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	20,000	540,000
27	PERFIL LIPIDICO	34,500	931,500
26	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	30,000	780,000
1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR (ALTURAS)	32,000	32,000

APROBADA

Sub Total 4,673,000.00

Descuento 0.00

I.V.A 0.00

Ret I.V.A 0.00

Retefuente 0.00

Rete I.C.A 0.00

Vr. Pagado 0.00

Vr. Saldo \$4.673.000,00

Vr. Total \$4.673.000,00

Paciente: PRESTACION SERVICIOS DE SALUD SEGUN LISTADO ANEXO EN EL MUNICIPIO DE PUERTO BOYACA

Valor en Letras: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS MONEDA CORRIENTE

Poola Gomez

Firma Autorizada

1-Esta factura de venta presenta merito ejecutivo de acuerdo a la ley 1231 de 2008. Vencida esta Factura causará interes por mora a la tasa máxima legal permitida.

2- De acuerdo al artículo 3 de la ley 1231 de 2008 la presente factura deberá ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión.

Aceptada

Fecha

D

M

A

Recibi CC y sello

CUFE: c84a8597009b4eb2e3f134d7803829b566aaedc8bf897e9f95f11eaff3b13b6d8cde69af0444a02caa4e3b5a86c2ed7f

emitido por: BIOFILE S.A.S. NIT: 901.080.631-8 Biofile

www.biofile.com.co

Impreso el 26/07/2023 - 7:36:09 a.m.

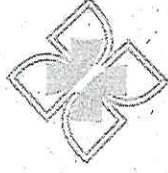


COLVIDA IPS S.A.S

NIT. 900711511-8

Carrera 3 # 17-41 - Puerto Boyacá, Colombia

Cel. 312 307 9957 - E-mail. colvidaipsas@hotmail.com



EMPRESA: EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BO

Factura N° IPS - 2639

N° OS	Identificación	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Solicitud	F Exámen	Tipo Exámen
27801	7246157	SANCHEZ LOPEZ CLIMACO		14/07/2023	14/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO						
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						
ELECTROCARDIOGRAMA						
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						
VISIOMETRÍA						
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						
SubTotal						
27807	15361946	TAVERA IVAN DE JESUS		14/07/2023	14/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO						
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						
ELECTROCARDIOGRAMA						
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						
VISIOMETRÍA						
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						
SubTotal						
27881	11257562	HOLGUÍN BUITRAGO JUAN ANDRES		17/07/2023	17/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO						

ELECTROCARDIOGRAMA	32,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	20,000
VISIOMETRÍA	19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)	17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)	16,500
	11,000
SubTotal	175,000

27883	46642259	FONNEGRA ZAPATA MARTHA LIGIA	17/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO				
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR				
ELECTROCARDIOGRAMA				34,500
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL				30,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				25,000
VISIOMETRÍA				20,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				19,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				17,000
				16,500
				11,000
SubTotal				173,000

27885	7251304	MONTOKA LONDOÑO LUIS CARLOS	17/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO				
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR				
ELECTROCARDIOGRAMA				34,500
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL				30,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				25,000
VISIOMETRÍA				20,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				19,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				17,000
				16,500
				11,000
SubTotal				173,000

27891	7250269	FONNEGRA ZAPATA JORGE EVELIO	17/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO				
				34,500

ELECTROCARDIOGRAMA					30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL					25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL					20,000
VISIONETRÍA					19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)					17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)					16,500
					11,000
SubTotal					173,000
PERFIL LIPIDICO	27936	7249972	VELEZ ALVAREZ HERNAN DE JESUS	18/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR					34,500
ELECTROCARDIOGRAMA					30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL					25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL					20,000
VISIONETRÍA					19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)					17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)					16,500
					11,000
SubTotal					173,000
PERFIL LIPIDICO	27938	7254300	COLLAZOS MOLINA JORGE LUIS	18/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR					34,500
ELECTROCARDIOGRAMA					30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL					25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL					20,000
VISIONETRÍA					19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)					17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)					16,500
					11,000
SubTotal					173,000
PERFIL LIPIDICO	27943	7247859	BARRAGAN AVILA HELVER	18/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR					34,500
ELECTROCARDIOGRAMA					30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL					25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL					20,000
VISIONETRÍA					19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)					17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)					16,500
					11,000
SubTotal					173,000

ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIONETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000
27944	7254604	PALACIOS MOSQUERA WILFREDO	18/07/2023	18/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
PERFIL LIPIDICO						34,500
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						30,000
ELECTROCARDIOGRAMA						25,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						19,000
VISIONETRÍA						17,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						16,500
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						11,000
SubTotal						173,000
27945	7251795	MORENO MARTINEZ JORGE WILSON	18/07/2023	18/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
PERFIL LIPIDICO						34,500
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						30,000
ELECTROCARDIOGRAMA						25,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						19,000
VISIONETRÍA						17,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						16,500
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						11,000
SubTotal						173,000
27948	7254855	OSORIO GUERRERO JUAN GUILLERMO	18/07/2023	18/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	

EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR					34,500
ELECTROCARDIOGRAMA					30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL					25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL					20,000
VISIOMETRÍA					19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)					17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)					16,500
					11,000
SubTotal					173,000

	27951	39176354	ANDRADE JURADO MONICA PAOLA	18/07/2023	18/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO						
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000

	27993	1056773591	RUIZ SALAMANCA LUIS ALFREDO	19/07/2023	19/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO						
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000

	27995	43652761	VILLADA GIRALDO MARY ISABEL	19/07/2023	19/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
--	-------	----------	-----------------------------	------------	------------	---

EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000
PERFIL LIPÍDICO	28046	14228274	CASTIBLANCO MATIZ MISAEEL	21/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000
PERFIL LIPÍDICO	28047	79005503	SAAVEDRA JORGE ALEXANDER	21/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000
PERFIL LIPÍDICO	28057	14320143	GONZALEZ GUZMAN HERMES	21/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000

EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000

	28086	7246776	CRUZ GUTIERREZ HECTOR	24/07/2023	24/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO						
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000

	28096	7252387	PABÓN RIGOBERTO	24/07/2023	24/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO						
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000

	28097	80369098	RAMIREZ TOBAR BAUDILIO	24/07/2023	24/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
--	-------	----------	------------------------	------------	------------	---

EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR						34,500
ELECTROCARDIOGRAMA						30,000
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL						25,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL						20,000
VISIOMETRÍA						19,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)						17,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)						16,500
						11,000
SubTotal						173,000

28149	7253392	LOZANO CASTAÑEDA MELQUISEDEC	25/07/2023	25/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO					
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR					
ELECTROCARDIOGRAMA					34,500
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL					30,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL					25,000
VISIOMETRÍA					20,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)					19,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)					17,000
					16,500
					11,000
SubTotal					173,000

28151	7254151	BERNAL GUERRERO TITO EULISIS	25/07/2023	25/07/2023	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
PERFIL LIPIDICO					
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR					
ELECTROCARDIOGRAMA					34,500
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL					30,000
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL					25,000
VISIOMETRÍA					20,000
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)					19,000
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)					17,000
					16,500
					11,000
SubTotal					173,000

EXAMEN OCUPACIONAL ENFÁSIS OSTEOMUSCULAR

ELECTROCARDIOGRAMA

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL

VISIOMETRÍA

CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)

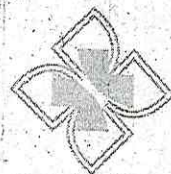
SubTotal

Total a Pagar

4,673,000

173,000

34,000
30,000
25,000
20,000
19,000
17,000
16,500
11,000



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.325

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP				EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
BAQUERO AGUDELO ADOLFO LEON				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	55 AÑOS 5 MESES 25 DÍAS	CC	71186037
Carga						Tipo	Número
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APT. CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES							
SIN RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				VISIOMETRIA			
ELECTROCARDIOGRAMA				AUDIOMETRIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL				PERFIL LIPIDICO			
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MEDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HABITOS SALUDABLES	
						FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación; igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

Nombre: BAQUERO AGUDELO ADOLFO LEON

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018

Código de Seguridad
U787A1G15325

CC: 71186037



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.384

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
24 DÍA	07 MES	2023 AÑO	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
RAMIREZ TOBAR BAUDILIO			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	56 AÑOS 0 MESES 30 DÍAS
Código			CC	80369098
FONANERO			Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL:				
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: NO APLICA				
N/A NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		VISIOMETRÍA		
ELECTROCARDIOGRAMA		AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL		
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		PERFIL LIPÍDICO		
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		EXAMEN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ÉSTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
				DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

C.C.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad
C78711015384

Firma:

Nombre: RAMIREZ TOBAR BAUDILIO

CC: 80369098



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.223

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
14 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)
Ciudad		EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA; LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE			
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP		EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP	
Nombre de la empresa		Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)			
SANCHEZ LOPEZ CLIMACO		Genero	Edad
Apellidos y Nombres		MASCULINO	66 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS
Cargo	OBRERO DE ASEO	Documento de Identificación	CC 7246157
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL		Observaciones: NO APLICA	
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA			
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:			
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		VISIOMETRÍA	
ELECTROCARDIOGRAMA		AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		PERFIL LIPIDICO	
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
GAFAS DE SEGURIDAD FORMULADAS		USO DE EPP	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		HABITOS SALUDABLES	
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad
R787X1D15223

Firma:

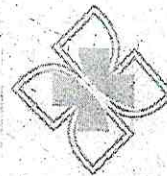
Nombre: SANCHEZ LOPEZ CLIMACO

CC: 7246157



COLVIDA IPS
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON CALIDAD Y CALIDEZ

COLVIDA IPS S.A.S
NIT. 900711511-8
Carrera 3 # 17-41 - Puerto Boyacá, Colombia
Cel. 312 307 9957 - E-mail. colvidaipssas@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 15.380

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
24 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)
			Ciudad
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE			
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP		EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP	
Nombre de la empresa		Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)			
CRUZ GUTIERREZ HECTOR		Genero	Edad
Apellidos y Nombres		MASCULINO	66 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS
Cargo	OBRERO	Documento de Identificación	CC 7246776
		Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA			
Observaciones: NO APLICA			
N/A NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:			
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		✓	VISIONOMETRÍA
ELECTROCARDIOGRAMA		✓	AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		✓	PERFIL LIPIDICO
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		✓	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
		USO DE EPP	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		HABITOS SALUDABLES	
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
		CONTROL DE PESO	
		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS, a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad

H787N1T15380

Firma:

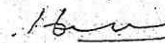
Nombre: CRUZ GUTIERREZ HECTOR

CC: 7246776



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 15.282

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
18 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)		
			EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO		
CIUDAD					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
BARRAGAN AVILA HELVER			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	63 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS	CC 7247859
Cargo					Tipo Número
FONTANERO 2 DE ACUEDUCTO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON RECOMENDACIONES					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		✓		VISIOMETRÍA	
ELECTROCARDIOGRAMA		✓		AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		✓		PERFIL LIPIDICO	
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		✓		EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALÚDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO CON MEDICINA INTERNA		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>					
Médico		Aspirante o Trabajador			
 Firma:		 Firma:			
Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER		Nombre: BARRAGAN AVILA HELVER			
R. M.: 5-7187-11		CC: 7247859			
L.S.O.: 14490 / 2018		Código de Seguridad M787S1Y15282			



N° 15.364

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP				EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TJ, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GONZALEZ GUZMAN HERMES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	56 AÑOS 11 MESES 23 DÍAS	CC	14320143
Carga						Tipo	Número
FONTANERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				✓	VISIOMETRÍA	✓	
ELECTROCARDIOGRAMA				✓	AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	✓	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				✓	PERFIL LIPIDICO	✓	
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				✓	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXÁNDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018

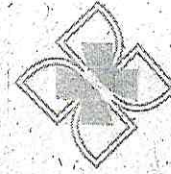


Código de Seguridad
N787T1Z15364

Firma:

Nombre: GONZALEZ GUZMAN HERMES

CC: 14320143



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.279

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
18 DÍA	07 MES	2023 AÑO	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
VELEZ ALVAREZ HERNAN DE JESUS			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	60 AÑOS 4-MESES 23 DÍAS
Carga			Documento de Identificación	
FONTANERO 1 DE ACUEDUCTO			CC	7249972
			Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: NO APLICA				
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
CUÁDRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		✓	VISIOMETRÍA	
ELECTROCARDIOGRAMA		✓	AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		✓	PERFIL LIPIDICO	
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		✓	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : OFTAMOLOGÍA		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTEALECIMIENTO MUSCULAR
				DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad

L787R1X15279

Firma:

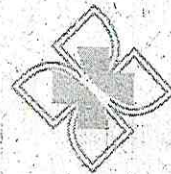
Nombre: VELEZ ALVAREZ HERNAN DE JESUS

CC: 7249972



COLVIDA IPS
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON CALIDAD Y CALIDEZ

COLVIDA IPS S.A.S
NIT. 900711511-8
Carrera 3 # 17-41 - Puerto Boyacá, Colombia
Cel. 312 307 9957 - E-mail: colvidaipssas@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.224

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP				EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
TAVERA IVAN DE JESUS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	72 AÑOS 5 MESES 2 DÍAS	CC	15361946
Cargo				Tipo		Número	
OBRERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				VISIOMETRÍA			
ELECTROCARDIOGRAMA				AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				PERFIL LIPIDICO			
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		DEJAR DE FUMAR	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
						FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad
B787H1N15224

Firma:

Nombre: TAVERA IVAN DE JESUS

CC: 15361946



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 15.359

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN:				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP				EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
SAAVEDRA JORGE ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	49 AÑOS 4 MESES 17 DÍAS	CC	79005503
Cargo						Tipo	Número
OBRERO REUBICADO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				VISIOMETRÍA			
ELECTROCARDIOGRAMA				AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				PERFIL LIPIDICO			
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : MANEJO DE LA RESTRICCION MEDICA				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
ESPECIALISTA : MEDICINA INTERNA MANEJO DE HTA Y DM2				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma:				 Firma:			
Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER				Nombre: SAAVEDRA JORGE ALEXANDER			
R. M.: 5-7187-11				CC: 79005503			
L.S.O.: 14490 / 2018				Código de Seguridad			
				Z787F1L15359			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.258

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
17 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)		
			EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
FONNEGRA ZAPATA JORGE EVELIO			Genero	Edad	Documento de identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	58 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS	CC 7250269
Cargo					Tipo Número
JEFE DE ASEO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		VISIOMETRÍA			
ELECTROCARDIOGRAMA		AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		PERFIL LIPIDICO			
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CIRUGIA GENERAL		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
ESPECIALISTA		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad
I78701U15258

Firma:

Nombre: FONNEGRA ZAPATA JORGE EVELIO

CC: 7250269



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.281

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

18 DÍA
07 MES
2023 AÑO

PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)

Ciudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

Nombre de la empresa

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TJ, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

COLLAZOS MOLINA JORGE LUIS

Genero

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

44 AÑOS 4 MESES
15 DÍAS

CC

7254300

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

CONDUCTOR REUBICADO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: NO APLICA

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

RECOMENDACIONES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

NO APLICA

NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)	✓	VISIOMETRÍA	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	✓
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)	✓	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR ORTOPEDIA

USO DE EPP

HABITOS SALUDABLES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

* USO DE TENNIS PARA LABORAR.
NO DEBE CORRER NI SALTAR EN JORNADA LABORAL.
NO DEBE PARTICIPAR EN DEPORTES DE CHOQUE NI LOS IMPLIQUEN ALTO IMPACTO ARTICULAR
NO DEBE REALIZAR LABORES DE ALTURAS
MANIULACION DE CARGAS HASTA 10 KG
MARCHA SOLO A TOLERANCIA
INTERCAMBIAR DE PIE SENTADO CADA HORA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico


Dr. Alexander Carmona Castrillon
Código de Seguridad J787P1V15281

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

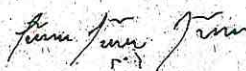
R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad
J787P1V15281

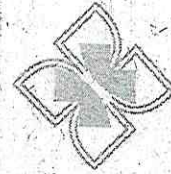
Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: COLLAZOS MOLINA JORGE LUIS

CC: 7254300



Nº 15.283

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

18
DÍA

07
MES

2023
AÑO

PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)

Ciudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

Nombre de la empresa

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

MORENO MARTINEZ JORGE WILSON

Genero

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

55 AÑOS 5 MESES
26 DÍAS

CC

7251795

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: NO APLICA

N/A

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

RECOMENDACIONES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

NO APLICA

NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO, IV)



VISIOMETRÍA

ELECTROCARDIOGRAMA



AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL



PERFIL LIPÍDICO

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)



EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

USO DE EPP

HABITOS SALUDABLES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) labajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

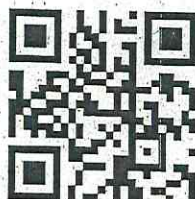
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018

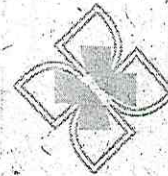


Código de Seguridad
A787G1M15283

Firma:

Nombre: MORENO MARTINEZ JORGE WILSON

CC: 7251795



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 15.255

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP				EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
HOLGUIN BUITRAGO JUAN ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	40 AÑOS 9 MESES 20 DÍAS	CC	11257562
Cargo				Tipo		Número	
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: OBESIDAD GRADO II Y DISCOPATIA							
NO APTO				PARA TRABAJAR EN ALTURAS			
RESTRICCIONES LABORALES							
SIN RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				✓	VISIOMETRIA		
ELECTROCARDIOGRAMA				✓	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL		
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL				✓	PERFIL LIPIDICO		
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR (ALTURAS)		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : VALORACION POR NUTRICION Y MEDICINA INTERNA				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verdaderas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico


Firma: _____

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad
W787C1115255

Aspirante o Trabajador


Firma: _____

Firma: _____

Nombre: HOLGUIN BUITRAGO JUAN ANDRES

CC: 11257562

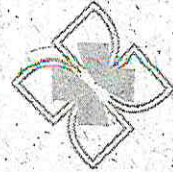


COLVIDA IPS
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON CALIDAD Y CALIDEZ

COLVIDA IPS S.A.S

NIT. 900711511-8

Carrera 3 # 17-41 - Puerto Boyacá, Colombia
Cel. 312 307 9957 - E-mail. colvidaipssas@hotmail.com



Nº 15.286

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

18
DÍA

07
MES

2023
AÑO

PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)

Ciudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

Nombre de la empresa

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

OSORIO GUERRERO JUAN GUILLERMO

Genero

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

42 AÑOS 4 MESES
19 DÍAS

CC

7254855

Cargo

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

OBRERO DE ACUEDUCTO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: NO APLICA

N/A

NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

RECOMENDACIONES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

NO APLICA

NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)

ELECTROCARDIOGRAMA

ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

USO DE EPP

HABITOS SALUDABLES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad

F787L1R15286

Firma:

Nombre: OSORIO GUERRERO JUAN GUILLERMO

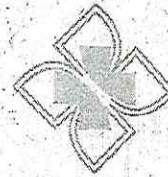
CC: 7254855



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.328

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP				EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía; CE, Cédula de Extranjería; TI, Tarjeta de Identidad; PT, Pasaporte)							
FORONDA ALVIS LEIDY JOHANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	33 AÑOS 3 MESES 12 DÍAS	CC	1128399519
Cargo						Tipo	Número
JEFE DE CONTROL INTERNO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				VISIOMETRÍA			
ELECTROCARDIOGRAMA				AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				PERFIL LIPÍDICO			
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado, a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018				 Código de Seguridad M787S1Y15328 Firma: _____ Nombre: FORONDA ALVIS LEIDY JOHANA CC: 1128399519			



N° 15.322

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP				EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TJ, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RUIZ SALAMANCA LUIS ALFREDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	34 AÑOS 0 MESES 26 DÍAS	CC	1056773591
Cargo				Tipo			
FONTANERO 2 ALCANTARILLADO				Número			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				VISIOMETRÍA			
ELECTROCARDIOGRAMA				AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				PERFIL LIPÍDICO			
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				EXÁMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HABITOS SALUDABLES	
						FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018				 Firma: _____ Nombre: RUIZ SALAMANCA LUIS ALFREDO CC: 1056773591			
Código de Seguridad				Código de Seguridad			
C78711015322				C78711015322			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.257

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
17 DÍA	07 MES	2023 AÑO	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
MONTOKA LONDOÑO LUIS CARLOS			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	55 AÑOS 9 MESES 20 DÍAS
Carga			Documento de Identificación	
FONTANERO			CC	7251304
			Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: NO APLICA				
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		✓	VISIOMETRÍA	
ELECTROCARDIOGRAMA		✓	AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		✓	PERFIL LIPIDICO	
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		✓	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
				CONTROL DE PESO
				DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



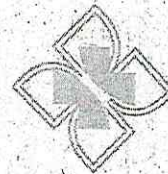
Código de Seguridad

178701U15257

Firma:

Nombre: MONTOKA LONDOÑO LUIS CARLOS

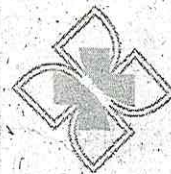
CC: 7251304



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.326

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP				EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
SALDARRIAGA CANO LUIS CARLOS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	45 AÑOS 11 MESES 13 DÍAS	CC	76326825
Cargos				Tipo		Número	
FONTANERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				VISIOMETRÍA			
ELECTROCARDIOGRAMA				AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				PERFIL LIPIDICO			
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES /	
						HABITOS SALUDABLES	
						FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
<p>Firma: </p> <p>Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER</p> <p>R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018</p>				<p>Firma: </p> <p>Nombre: SALDARRIAGA CANO LUIS CARLOS</p> <p>CC: 76326825</p>			
 <p>Código de Seguridad</p> <p>V787B1H15326</p>							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.256

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP				EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
FONNEGRA ZAPATA MARTHA LIGIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	59 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS	CC	46642259
Carga						Tipo	Número
SECRETARIA DE GERENCIA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)				✓	VISIOMETRIA		
ELECTROCARDIOGRAMA				✓	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL		
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL				✓	PERFIL LIPIDICO		
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)				✓	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
RECOMENDACIONES MEDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018

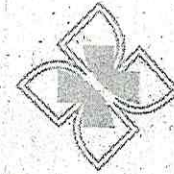


Código de Seguridad
W787C1115256

Firma:

Nombre: FONNEGRA ZAPATA MARTHA LIGIA

CC: 46642259



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 15.327

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
19 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)		
Ciudad			EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
VILLADA GIRALDO MARY ISABEL			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	48 AÑOS 0 MESES 16 DÍAS	CC Tipo
Carga			43652761 Número		
ALMACENISTA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON RECOMENDACIONES					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		✓	VISIOMETRÍA		✓
ELECTROCARDIOGRAMA		✓	AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL		✓
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		✓	PERFIL LIPIDICO		✓
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		✓	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				HABITOS SALUDABLES	
				FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
				DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

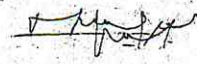
Médico

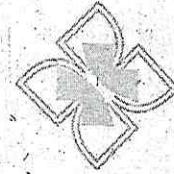
Firma: 
Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER
R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad
V787B1H15327

Aspirante o Trabajador

Firma: 
Nombre: VILLADA GIRALDO MARY ISABEL
CC: 43652761



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.410

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
25 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	
Ciudad			EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
LOZANO CASTAÑEDA MELQUISEDEC			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	49 AÑOS 3 MESES 3 DÍAS
Carga			Documento de Identificación	
OBRERO			CC	7253392
			Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: NO APLICA				
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		✓	VISIOMETRÍA	
ELECTROCARDIOGRAMA		✓	AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		✓	PERFIL LIPIDICO	
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		✓	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
				CONTROL DE PESO
				DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				

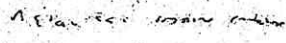
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma: 
Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER
R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018

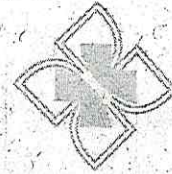


Firma: 
Nombre: LOZANO CASTAÑEDA MELQUISEDEC
CC: 7253392



COLVIDA IPS
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON CALIDAD Y CALIDEZ

COLVIDA IPS S.A.S
NIT. 900711511-8
Carrera 3 # 17-41 - Puerto Boyacá, Colombia
Cél. 312 307 9957 - E-mail: colvidaipssas@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.358

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
21 DÍA	07 MES	2023 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)		
Ciudad			EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP			EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
CASTIBLANCO MATIZ MISAEL			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	65 AÑOS 5 MESES 24 DÍAS	CC 14228274
Cargo					Tipo Número
AFORADOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON RECOMENDACIONES					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV)		✓		VISIOMETRÍA	
ELÉCTROCARDIOGRAMA		✓		AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		✓		PERFIL LIPÍDICO	
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA EN AYUNAS)		✓		EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : HIPOACUSIA OIDO IZQUIERDO		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : MANEJO SÍNDROME METABÓLICO		SVE CARDIOVASCULAR		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
		CAPACITACIÓN		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

[Firma]
Dr. Carlos A. Castiblanco
Matiz Misael

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11

L.S.O.: 14490 / 2018



Código de Seguridad

S787Y1E15358

Aspirante o Trabajador

[Firma]

Firma:

Nombre: CASTIBLANCO MATIZ MISAEL

CC: 14228274



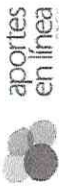
Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEIA e ICDF	
NIT 900711511	8	COLVIDA IPS S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 3 # 17-41	PUERTO BOYACA-BOYACA	7383051	SI	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	331-09538	9453378341	E	2023/07/06	2023/07/07	BAHCO DAVIWENDA	1	\$2,565,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO										NOVEDADES																
No.	Tipos id	No id	Nombre	Tipos Cotizante	Horas Laboradas	Extranj Temp. Jero	Fecha Radicación en el Exterior	Ing	Fecha Ing	ret	Fecha ret	tdc	tas	tdp	tap	vap	Fecha Inicio vsp	cor	vet	stn	Fecha Inicio stn	Fecha Fin stn	Igo	Fecha Inicio Igo	Fecha Fin Igo	Final
1	CC	1002691233	ANZOLA LOPEZ VUITZA	Dependiente	0	No				X	2023/06/30															
2	CC	7955646585	BARBOSA CALVO FRANKY JOSE	Dependiente	0	No																				
3	CC	101903705	CAJIA CHAVEZ ERIKA XAVIERLY	Dependiente	0	No																				
4	CC	1056783573	IGNITES GIRALDO ROSA GERALDINE	Dependiente	0	No																				
5	CC	1056716099	ORTIZ RICO JOHN FREDDY	Dependiente	0	No																				
6	CC	1056784017	RODRIGUEZ CANO SANDRA MILENA	Dependiente	0	No																				
7	CC	1007492935	NOJAS CIFUENTES LUISA FERNANDA	Dependiente	0	No																				
8	CC	1056782843	TORRES ESTRADA MERLIS	Dependiente	0	No																				
Total Afiliados(8)																										



Planilla Integrada

CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Contracción	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Contracción	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Contracción SENA	Tarifa ICBF	Valor Contracción ICBF	Tarifa ESAP	Valor Contracción ESAP	Tarifa MEN	Valor Contracción MEN	Generado SENA e ICBF	
1.0	\$ 46.400	CONFABOY	30	\$ 1.160.000	4%	\$ 46.400	COLPATRIA ARP	30	\$ 1.160.000	\$ 0,5222	1	\$ 6.100	30	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0
1.0	\$ 56.000	CONFABOY	30	\$ 1.400.000	4%	\$ 56.000	COLPATRIA ARP	30	\$ 1.400.000	\$ 0,5222	1	\$ 7.400	30	\$ 0	0%	0%	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0
1.0	\$ 46.400	CONFABOY	30	\$ 1.160.000	4%	\$ 46.400	COLPATRIA ARP	30	\$ 1.160.000	\$ 0,5222	1	\$ 6.100	30	\$ 0	0%	0%	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0
1.0	\$ 66.300	CONFABOY	30	\$ 1.656.000	4%	\$ 66.300	COLPATRIA ARP	30	\$ 1.656.000	\$ 0,5222	1	\$ 8.700	30	\$ 0	0%	0%	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0
1.0	\$ 54.000	CONFABOY	30	\$ 1.350.000	4%	\$ 54.000	COLPATRIA ARP	30	\$ 1.350.000	\$ 0,5222	1	\$ 7.100	30	\$ 0	0%	0%	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0
1.0	\$ 46.400	CONFABOY	30	\$ 1.160.000	4%	\$ 46.400	COLPATRIA ARP	30	\$ 1.160.000	\$ 0,5222	1	\$ 6.100	30	\$ 0	0%	0%	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0
1.0	\$ 46.400	CONFABOY	30	\$ 1.160.000	4%	\$ 46.400	COLPATRIA ARP	30	\$ 1.160.000	\$ 0,5222	1	\$ 6.100	30	\$ 0	0%	0%	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0
1.0	\$ 56.000	CONFABOY	30	\$ 1.400.000	4%	\$ 56.000	COLPATRIA ARP	30	\$ 1.400.000	\$ 0,5222	1	\$ 7.400	30	\$ 0	0%	0%	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0
\$ 417.900						\$ 417.900					\$ 55.000					\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0



SUPERVISIÓN

ORDEN DE SERVICIO No.	0200-14-02-008-23
OBJETO	"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"
CONTRATISTA	COLVIDAS IPS
FECHA	julio-23

SUPERVISIÓN TÉCNICA

"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"

**ORDEN DE SERVICIO No.
0200-14-02-008-23**

julio-23

INFORME No.	FECHA	SUPERVISÓ / ELABORÓ	REVISÓ / APROBÓ	DESCRIPCIÓN
3	julio-23	 Gloria Lorena Uribe Gomez	 Zoraida Castaño Sanchez	Emitido como soporte de supervisión.



SUPERVISIÓN

ORDEN DE SERVICIO No.	0200-14-02-008-23
OBJETO	"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"
CONTRATISTA	COLVIDAS IPS
FECHA	julio-23

I. INFORMACIÓN BÁSICA

INFORMACIÓN INICIAL :

CONTRATANTE	EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACÁ E.S.P
CONTRATISTA	COLVIDAS IPS
ORDEN DE SERVICIO No.	0200-14-02-008-23
OBJETO	"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"
PLAZO TOTAL	DIEZ (10) MESES
PLAZO ADICIONAL	No Aplica
PLAZO INICIAL	DIEZ (10) MESES
VALOR TOTAL	\$ 8,000,000
VALOR ADICIONAL	No Aplica
VALOR INICIAL	\$ 8,000,000
FECHA DE INICIACIÓN	25 de enero de 2023
INFORME No.	3

PRORROGAS

MOTIVO	No aplica
FECHA AUTORIZACIÓN	No aplica
PERIODO AUTORIZADO	No aplica

ADICIONAL

ADICIONAL No.	No aplica
FECHA ADICIONAL	No aplica
PLAZO ADICIONAL	No aplica

SUSPENSIÓN PLAZO

MOTIVO	No aplica
FECHA SUSPENSIÓN	No aplica
FECHA REINICIO	No aplica
DÍAS SUSPENSIÓN	No aplica

ESTADO ACTUAL

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 8,000,000
VALOR A PAGO ACTA # 1	\$ 795,500
VALOR A PAGAR ACTA # 2	\$ 271,000
VALOR A PAGAR ACTA # 3	\$ 4,673,000
VALOR EJECUTADO	\$ 5,739,500
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2,260,500



II. RELACIÓN ACTAS

ORDEN DE SERVICIO No. 0200-14-02-008-23

III. DOCUMENTOS LEGALES

"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

	ORDEN DE SERVICIO No.	0200-14-02-008-23
	OBJETO	"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"
	CONTRATISTA	COLVIDAS IPS
	FECHA	Julio-23

IV. DESCRIPCIÓN EVENTOS DEL CONTRATO

1. DESCRIPCIÓN DE EVENTOS DE ORDEN LEGAL

Contrato No. 0200-14-02-008-23, cuyo objeto es el "SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"

ITEM	CANT.	DETALLE DEL GASTO	V/UNITARIO	V/TOTAL
1	27	CUADRO HEMATICO	\$16,500	\$445,500
2	27	ESPIROMETRIA	\$19,000	\$513,000
3	27	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A LA ORINA	\$11,000	\$297,000
4	27	ELECTROCARDIOGRAMA	\$ 25,000	\$675,000
5	27	VISIOMETRIA	\$ 17,000	\$459,000
6	27	AUDIOMETRIA	\$ 20,000	\$540,000
7	27	PERFIL LIPIDICO	\$ 34,500	\$931,500
8	26	EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR	\$ 30,000	\$780,000
9	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR(ALTURAS)	\$ 32,000	\$32,000
SUBTOTAL==>			\$	4,673,000
DESCUENTO			\$	-
IVA			\$	-
RET IVA			\$	-
RETEFUENTE			\$	-
RETE ICA			\$	-
VALOR SALDO			\$	4,673,000
VALOR TOTAL			\$	4,673,000

Se realiza estudio previo el día 18 de enero de 2023, posteriormente se suscribe Contrato el día 27 de febrero de 2023, entre la Gerente General, Zoraida Castaño Sanchez, y la señora PAOLA GOMEZ MEJIA, representante legal de COLVIDA IPS S.A.S, identificada con Nit.900711511-8, con el fin de efectuar el "SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP" se firma acta de inicio el día 27 de febrero del 2023 y se designa como supervisor/a a Gloria Lorena Uribe Gomez, Tecnico de Personal.

2. DESCRIPCIÓN DE EVENTOS DE ORDEN ADMINISTRATIVOS (CORRESPONDENCIA Y ACCIONES GENERADAS EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO)

Se autoriza pago parcial 1 por valor de \$ 795.500 cuyo objeto es el "SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"

Se autoriza pago parcial 2 por valor de \$ 271.000 cuyo objeto es el "SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"

Se autoriza pago parcial 3 por valor de \$ 4.673.000 cuyo objeto es el "SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"

3. DESCRIPCIÓN DE EVENTOS DE ORDEN TECNICO

"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP" Y SE RELACIONA A LA FACTURA ELECTRONICA N° IPS-2639.



EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACÁ E.S.P

RUPS 20232635417604

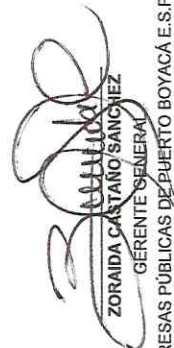
Nit: 820.001.405-9

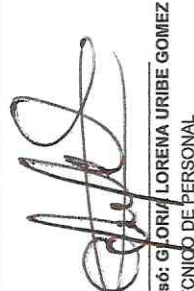
PRESUPUESTO GENERAL

OBJETO:				ORDEN DE SERVICIO No.				0200-14-02-008-23			
"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"				ACTA DE PAGO No1 11/04/2023				MAYORES Y MENORES CANTIDADES			
CANTIDADES CONTRATADAS				CANTIDADES EJECUTADAS							
ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT	VI INICIAL	V/TOTAL	CANT	V/UNITARIO	V/TOTAL	CANT	V/UNITARIO	V/TOTAL	VLRTOTAL
1	"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"	1	\$8,000,000	\$8,000,000.00	0.10	\$8,000,000	\$795,500	0.90	\$8,000,000	\$7,204,500	
COSTOS DIRECTOS				\$ 8,000,000			\$ 795,500			\$ 7,204,500	
IVA				\$ -							
VALOR TOTAL				\$ 8,000,000			\$ 795,500			\$ 7,204,500	

ACTA DE PAGO No 2 10/07/2023				ACTA DE PAGO No 3 31/07/2023			
CANTIDADES EJECUTADAS				CANTIDADES EJECUTADAS			
CANT	V/UNITARIO	V/TOTAL		CANT	V/UNITARIO	V/TOTAL	
0.03	\$8,000,000	\$271,000		0.58	\$8,000,000	\$4,673,000	
		\$ 271,000				\$ 4,673,000	
						\$ 4,673,000	

VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 8,000,000
VALOR A PAGO ACTA No 1	\$ 795,500
VALOR A PAGO ACTA No 2	\$ 271,000
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA No 3	\$ 4,673,000
VALOR EJECUTADO	\$ 5,739,500
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2,260,500


ZORAIDA CASTAÑO SANCHEZ
GERENTE GENERAL
EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACÁ E.S.P


Elaboró/ Supervisó: GLORIA LORENA URIBE GOMEZ
TECNICO DE PERSONAL



EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACÁ E.S.P

RUPS 20232635417604

Nit. 820.001.405-9

CANTIDADES EJECUTADAS

ORDEN DE SERVICIO No.

0200-14-02-008-23

"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"

ITEM	CANT.	UNIDAD	DETALLE DEL GASTO	V/UNITARIO	V/TOTAL
1	1	MES	Exámenes médicos de personal	\$4,673,000	\$4,673,000
2	1	MES	A.I.U		\$0
SUBTOTAL PERSONAL				\$	4,673,000
SUBTOTAL A.I.U				\$	-
IVA A.I.U				\$	-
VALOR MENSUAL				\$	4,673,000

Elaboró / Supervisó:

Gloria Lorena Uribe Gomez
TECNICO DE PERSONAL



EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACÁ E.S.P.

Nit. 820.001.405-9

RUPS 20232635417604

ACTA DE CUMPLIMIENTO 3
ORDEN DE SERVICIO 0200-14-02-008-23

CONTRATANTE	EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACA E.S.P.
NIT	820.001.405-9
REPRESENTANTE LEGAL	ZORAIDA CASTAÑO SANCHEZ
IDENTIFICACION	C.C. 1.152.198.793 DE MEDELLIN
CONTRATISTA	COLVIDAS IPS S.A.S
NIT	90071151-8
REPRESENTANTE LEGAL	PAOLA GOMEZ MEJIA
IDENTIFICACION	C.C. 1098757306
OBJETO	"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"
VALOR DE ORDEN DE SERVICIO	OCHO MILLONES PESOS(\$ 8.000.000)
VALOR A PAGO ACTA PARCIAL No 1	SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS (\$795.500).M/CTE
VALOR A PAGO ACTA PARCIAL No 2	DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL PESOS (\$271.000).M/CTE
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA PARCIAL No 3	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS (\$4.673.000).M/CTE
VALOR EJECUTADO	CINCO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS (\$5.739.500).M/CTE
SALDO POR EJECUTAR	DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS PESOS(\$2.260.500)M/CTE
DURACIÓN	DIEZ (10) MESES
SUPERVISOR(A)	GLORIA LORENA URIBE GOMEZ

En el Municipio de Puerto Boyacá, a los treinta y un (31) días de julio de 2023, la señora **PAOLA GOMEZ MEJIA**, mayor de edad, representante legal de **COLVIDAS IPS S.A.S**, identificada con Nit. 900711511-8 hace entrega parcial No 3 del objeto del ORDEN DE SERVICIO de la Referencia, a la supervisora GLORIA LORENA URIBE GOMEZ, Tecnico de Personal.

OBJETO DE LA PRESENTE ORDEN

"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"



EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACÁ E.S.P.

Nit. 820.001.405-9

RUPS 20232635417604

En atención a lo previsto en la presente acta, las partes reconocen y aceptan el cumplimiento parcial No 3 de las actividades dentro del objeto pactado en el ORDEN DE SERVICIO 0200-14-02-008-23.

Para constancia de lo anterior firman los que en ella intervinieron, a los treinta y un (31) días del mes de julio de 2023.

GLORIA LORENA URIBE GOMEZ

Supervisora

PAOLA GOMEZ MEJIA

Nit. 900711511-8

Contratista



EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACÁ E.S.P.

Nit. 820.001.405-9

RUPS 20232635417604

AUTORIZACIÓN PAGO 3
ORDEN DE SERVICIO 0200-14-02-008-23

ORDEN DE SERVICIO	0200-14-02-008-23
CONTRATANTE	EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACA E.S.P.
NIT	820.001.405-9
REPRESENTANTE LEGAL	ZORAIDA CASTAÑO SANCHEZ
IDENTIFICACION	C.C. 1.152.198.793 DE MEDELLIN
DATOS DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	COLVIDAS IPS S.A.S
NIT	90071151-8
REPRESENTANTE LEGAL	PAOLA GOMEZ MEJIA
IDENTIFICACION	C.C. 1098757306
DATOS DE LA ORDEN	
OBJETO	"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"
VALOR DE ORDEN DE SERVICIO	OCHO MILLONES PESOS(\$ 8.000.000)
VALOR A PAGO ACTA PARCIAL No 1	SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS (\$795.500).M/CTE
VALOR A PAGO ACTA PARCIAL No 2	DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL PESOS (\$271.000).M/CTE
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA PARCIAL No 3	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS (\$4.673.000).M/CTE
VALOR EJECUTADO	CINCO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS (\$5.739.500).M/CTE
SALDO POR EJECUTAR	DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS PESOS(\$2.260.500)M/CTE
DURACIÓN	DIEZ (10) MESES
SUPERVISOR(A)	GLORIA LORENA URIBE GOMEZ

Yo, GLORIA LORENA URIBE GOMEZ, en calidad de Supervisor(a), autorizo el pago **parcial No 3** de la orden No 0200-14-02-008-23, por valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS (\$4.673.000) M/CTE, según acta de cumplimiento de la fecha treinta y un (31) de julio de 2023.

FECHA: 31 de julio de 2023

GLORIA LORENA URIBE GOMEZ
Supervisor



EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACÁ E.S.P.

Nit. 820.001.405-9

RUPS 20232635417604

ACTA DE PAGO PARCIAL No 3
ORDEN DE SERVICIO 0200-14-02-008-23

ORDEN DE SERVICIO No.	0200-14-02-008-23
CONTRATANTE	EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACA E.S.P.
NIT	820.001.405-9
REPRESENTANTE LEGAL	ZORAIDA CASTAÑO SANCHEZ
IDENTIFICACION	C.C. 1.152.198.793 DE MEDELLIN
DATOS DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	COLVIDAS IPS S.A.S
NIT	90071151-8
REPRESENTANTE LEGAL	PAOLA GOMEZ MEJIA
IDENTIFICACION	C.C. 1098757306
OBJETO	"SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, RETIRO Y PERIODICOS VIGENCIA 2023 PARA LOS TRABAJADORES OFICIALES, PERSONAL DE PLANTA Y PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP"
VALOR DE ORDEN DE SERVICIO	OCHO MILLONES PESOS(\$ 8.000.000)
VALOR A PAGO ACTA PARCIAL No 1	SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS (\$795.500).M/CTE
VALOR A PAGO ACTA PARCIAL No 2	DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL PESOS (\$271.000).M/CTE
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA PARCIAL No 3	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS (\$4.673.000).M/CTE
VALOR EJECUTADO	CINCO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS (\$5.739.500).M/CTE
SALDO POR EJECUTAR	DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS PESOS(\$2.260.500)M/CTE
DURACIÓN	DIEZ (10) MESES
SUPERVISOR(A)	GLORIA LORENA URIBE GOMEZ

Carrera 3 N° 6-48 Tel: (608) 738 32 59 / 738 31 81 Puerto Boyacá, Boy.

<http://www.epb-puertoboyaca-boyaca.gov.co>



EMPRESAS PÚBLICAS DE PUERTO BOYACÁ E.S.P.

Nit. 820.001.405-9

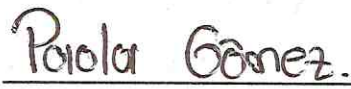
RUPS 20232635417604

En el Municipio de Puerto Boyacá, a los treinta y un (31) días del mes de julio del año 2023, se reunieron la Ingeniera **ZORAIDA CASTAÑO SANCHEZ**, Gerente General de Empresas Publicas Publicas de Puerto Boyacá E.S.P., y la señora **PAOLA GOMEZ MEJIA**, mayor de edad, representante legal de la razón social, **COLVIDAS IPS S.AS.** identificado con Nit. 900711511-8, con el fin de entregar el tercer pago parcial y de recibir en su respectivo orden la suma de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS (\$4.673.000) M/CTE, por el contrato No 0200-14-02-008-23

Para constancia de lo anterior firman los que en ella intervinieron, a los treinta y un (31) días del mes de julio del año 2023.


ZORAIDA CASTAÑO SANCHEZ
Gerente General


GLORIA LORENA URIBE GOMEZ
Supervisora


COLVIDAS IPS S.A.S
REP. LEGAL PAOLA GOMEZ MEJIA
Nit. 900711511-8
Contratista