COLVIDA IPS
ATENCION 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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

**Nº IPS - 2639**

26 | 7 | 2023

HORA: 7:32 a.m.

**Cliente:** EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

**Dirección:** CARRERA 3 NO. 6-48 **NIT:** 820001405 - 9

**Ciudad:** PUERTO BOYACÁ **Teléfono:** 7383259 7383259

**Acuerdo Comercial:** EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP

**Forma de Pago:** _____ **Fecha de Vencimiento:** 25/08/2023 **Plazo(dias):** 30

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

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

| | |
|---|---|
| **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 |

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

Paola Gómez

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 articulo 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

COLVIDA IPS
ATENCION 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

# EMPRESA: EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BO

Factura N°. IPS - 2639

| Nº OS | Identificacion | 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 | | | | | | | 34,500 |
| EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR | | | | | | | 30,000 |
| ELECTROCARDIOGRAMA | | | | | | | 25,000 |
| AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL | | | | | | | 20,000 |
| ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL | | | | | | | 19,000 |
| VISIOMETRÍA | | | | | | | 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** |
| 27807 | 15361946 | TAVERA IVAN DE JESUS | | 14/07/2023 | 14/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | | | | | | | 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** |
| 27881 | 11257562 | HOLGUIN BUITRAGO JUAN ANDRES | | 17/07/2023 | 17/07/2023 | EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO | |
| PERFIL LIPIDICO | | | | | | | 34,500 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27883 | 46642259 | FONNEGRA ZAPATA MARTHA LIGIA | | 17/07/2023 | 17/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27885 | 7251304 | MONTOYA LONDOÑO LUIS CARLOS | | 17/07/2023 | 17/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27891 | 7250269 | FONNEGRA ZAPATA JORGE EVELIO | | 17/07/2023 | 17/07/2023 | EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO |

| | |
|---|---|
| PERFIL LIPIDICO | 34,500 |

| | |
|---|---|
| ELECTROCARDIOGRAMA | 25,000 |
| AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL | 20,000 |
| ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL | 19,000 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27936 | 7249972 | VELEZ ALVAREZ HERNAN DE JESUS | | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27938 | 7254300 | COLLAZOS MOLINA JORGE LUIS | | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27943 | 7247859 | BARRAGAN AVILA HELVER | | 18/07/2023 | 18/07/2023 | EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO |

| | |
|---|---|
| PERFIL LIPIDICO | 34,500 |

| | |
|---|---|
| ELECTROCARDIOGRAMA | 25,000 |
| AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL | 20,000 |
| ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL | 19,000 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| VISIOMETRÍA | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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<br>30,000 |
| ELECTROCARDIOGRAMA | 25,000 |
| AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL | 20,000 |
| ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL | 19,000 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27951 | 39176354 | ANDRADE JURADO MONICA PAOLA | | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27993 | 1056773591 | RUIZ SALAMANCA LUIS ALFREDO | | 19/07/2023 | 19/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| **SubTotal** | 11,000 |
| | **173,000** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28003 | 71186037 | BAQUERO AGUDELO ADOLFO LEON | | 19/07/2023 | 19/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28004 | 76326825 | SALDARRIAGA CANO LUIS CARLOS | | 19/07/2023 | 19/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28005 | 1128399519 | FORONDA ALVIS LEIDY JOHANA | | 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 |
| **SubTotal** | 11,000 |
| | **173,000** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28046 | 14228274 | CASTIBLANCO MATIZ MISAEL | | 21/07/2023 | 21/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | | | | | | 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** |
| 28047 | 79005503 | SAAVEDRA JORGE ALEXANDER | | 21/07/2023 | 21/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | | | | | | 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** |
| 28057 | 14320143 | GONZALEZ GUZMAN HERMES | | 21/07/2023 | 21/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | | | | | | 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** |
| 28086 | 7246776 | CRUZ GUTIERREZ HECTOR | | 24/07/2023 | 24/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | | | | | | 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** |
| 28096 | 7252387 | PABON RIGOBERTO | | 24/07/2023 | 24/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | | | | | | 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** |
| 28097 | 80369098 | RAMIREZ TOBAR BAUDILIO | | 24/07/2023 | 24/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28149 | 7253392 | LOZANO CASTAÑEDA MELQUISEDEC | | 25/07/2023 | 25/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28151 | 7254151 | BERNAL GUERRERO TITO EULISIS | | 25/07/2023 | 25/07/2023 | 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 |
| VISIOMETRÍA | 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** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28157 | 7250521 | RODRIGUEZ OSORIO NORBEY | | 25/07/2023 | 25/07/2023 | EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO |

| | |
|---|---|
| | 34,500 |
| EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 30,000 |
| ELECTROCARDIOGRAMA | 25,000 |
| AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL | 20,000 |
| ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL | 19,000 |
| VISIOMETRÍA | 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** |
| **Total a Pagar** | **4,673,000** |

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.325

| 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 LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| BAQUERO AGUDELO ADOLFO LEON | MASCULINO | 55 AÑOS 5 MESES 25 DÍAS | Tipo: CC | Número: 71186037 |

Cargo: CONDUCTOR

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 |
|---|---|---|
| | | 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 entes 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
U787A1G15325

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: BAQUERO AGUDELO ADOLFO LEON

CC: 71186037

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.384

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 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)

| RAMÍREZ TOBAR BAUDILIO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | MASCULINO | 56 AÑOS 0 MESES 30 DÍAS | CC Tipo | 80369098 Número |

Cargo
**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 (GLICEMÍA 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 |
| | | 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

T. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018

Código de Seguridad
C787I1O15384

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Baudilio Ramos

Nombre: RAMIREZ TOBAR BAUDILIO

CC: 80369098

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.223

| 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| SANCHEZ LOPEZ CLIMACO | MASCULINO | 66 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS | Tipo: CC | Número: 7246157 |

Cargo: OBRERO 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 |
|---|---|---|
| GAFAS DE SEGURIDAD FORMULADAS | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | 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 entes 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
R787X1D15223

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Climaco

Nombre: SANCHEZ LOPEZ CLIMACO

CC: 7246157

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.380

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CRUZ GUTIERREZ HECTOR | MASCULINO | 66 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS | Tipo: CC | Número: 7246776 |

Cargo: 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 | 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 entes 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: H787N1T15380

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: CRUZ GUTIERREZ HECTOR

CC: 7246776

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.282

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| BARRAGAN AVILA HELVER | MASCULINO | 63 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS | Tipo: CC | Número: 7247859 |

Cargo: FONTANERO 2 DE ACUEDUCTO

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 : CON MEDICINA INTERNA | 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 entes 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
M787S1Y15282

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: BARRAGAN AVILA HELVER

CC: 7247859

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.364

| 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| GONZALEZ GUZMAN HERMES | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | MASCULINO | 56 AÑOS 11 MESES 23 DÍAS | CC Tipo | 14320143 Número |

Cargo: 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 Áptitud 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**

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXÁNDER

R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018

Código de Seguridad
N787T1Z15364

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GONZALEZ GUZMAN HERMES

CC: 14320143

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.279

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| VELEZ ALVAREZ HERNAN DE JESUS | MASCULINO | 60 AÑOS 4 MESES 23 DÍAS | Tipo: CC | Número: 7249972 |

Cargo: FONTANERO 1 DE ACUEDUCTO

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 : OFTAMOLOGIA | 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 entes 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
L787R1X15279

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: VELEZ ALVAREZ HERNAN DE JESUS

CC: 7249972

COLVIDA IPS
ATENCION 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) Ciudad | EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| TAVERA IVAN DE JESUS | MASCULINO | 72 AÑOS 5 MESES 2 DÍAS | Tipo: CC | Número: 15361946 |

Cargo: 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 | HABITOS 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 tuvé 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
B787H1N15224

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: TAVERA IVAN DE JESUS

CC: 15361946

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.359

| 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)

| SAAVEDRA JORGE ALEXANDER | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | MASCULINO | 49 AÑOS 4 MESES 17 DÍAS | CC Tipo | 79005503 Número |

Cargo: **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**

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
Z787F1L15359

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: SAAVEDRA JORGE ALEXANDER

CC: 79005503

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.258

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| FONNEGRA ZAPATA JORGE EVELIO | MASCULINO | 58 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS | Tipo: CC | Número: 7250269 |

Cargo: 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 | 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**

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018

Código de Seguridad
I787O1U15258

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: FONNEGRA ZAPATA JORGE EVELIO

CC: 7250269

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.281

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 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)

| COLLAZOS MOLINA JORGE LUIS | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | MASCULINO | 44 AÑOS 4 MESES 15 DÍAS | CC Tipo | 7254300 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 entes 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
J787P1V15281

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: COLLAZOS MOLINA JORGE LUIS

CC: 7254300

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.283

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| MORENO MARTINEZ JORGE WILSON | MASCULINO | 55 AÑOS 5 MESES 26 DÍAS | Tipo: CC | Número: 7251795 |

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 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 |
| | | 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 entes 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
A787G1M15283

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MORENO MARTINEZ JORGE WILSON

CC: 7251795

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.255

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| HOLGUIN BUITRAGO JUAN ANDRES | MASCULINO | 40 AÑOS 9 MESES 20 DIAS | Tipo: CC | Número: 11257562 |

Cargo: 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 | 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 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 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 entes 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
W787C1I15255

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: HOLGUIN BUITRAGO JUAN ANDRES

CC: 11257562

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.286

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| OSORIO GUERRERO JUAN GUILLERMO | MASCULINO | 42 AÑOS 4 MESES 19 DÍAS | CC (Tipo) | 7254855 (Número) |

Cargo: 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 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**

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018

Código de Seguridad: F787L1R15286

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: OSORIO GUERRERO JUAN GUILLERMO

CC: 7254855

**COLVIDA IPS**
ATENCION 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° 15.328

| 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 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)

| FORONDA ALVIS LEIDY JOHANA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | FEMENINO | 33 AÑOS 3 MESES 12 DÍAS | CC Tipo | 1128399519 Número |

Cargo
**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 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**

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018

Código de Seguridad
**M787S1Y15328**

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: FORONDA ALVIS LEIDY JOHANA

CC: 1128399519

COLVIDA IPS
ATENCION INTEGRAL DE SÁLUD 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° 15.322

| 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 LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| RUIZ SALAMANCA LUIS ALFREDO | MASCULINO | 34 AÑOS 0 MESES 26 DÍAS | Tipo: CC | Número: 1056773591 |

Cargo: FONTANERO 2 ALCANTARILLADO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO CON RECOMENDACIONES**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| N/A | NO SE EVALUARÓN REQÚISITOS 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) | ✓ | EXÁMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | 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**

Firma:

Nombre: CARMONA CASTRILLON ALEXANDER

R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 14490 / 2018

Código de Seguridad
C787I1O15322

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: RUIZ SALAMANCA LUIS ALFREDO

CC: 1056773591

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.257

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| MONTOYA LONDOÑO LUIS CARLOS | MASCULINO | 55 AÑOS 9 MESES 20 DÍAS | CC (Tipo) | 7251304 (Número) |

Cargo: 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 |
| | 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 entes 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
I787O1U15257

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MONTOYA LONDOÑO LUIS CARLOS

CC: 7251304

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.326

| 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 LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| SALDARRIAGA CANO LUIS CARLOS | MASCULINO | 45 AÑOS 11 MESES 13 DÍAS | Tipo: CC | Número: 76326825 |

Cargo: FONTANERO

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 |
|---|---|---|
| | | 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
V787B1H15326

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: SALDARRIAGA CANO LUIS CARLOS

CC: 76326825

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.256

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| FONNEGRA ZAPATA MARTHA LIGIA | FEMENINO | 59 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS | CC (Tipo) | 46642259 (Número) |

Cargo: 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 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 entes 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
W787C1I15256

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: FONNEGRA ZAPATA MARTHA LIGIA

CC: 46642259

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.327

| 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 LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| VILLADA GIRALDO MARY ISABEL | FEMENINO | 48 AÑOS 0 MESES 16 DÍAS | Tipo: CC | Número: 43652761 |

Cargo: ALMACENISTA

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 | | 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 entes 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

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.410

| 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 | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | MASCULINO | 49 AÑOS 3 MESES 3 DÍAS | CC Tipo | 7253392 Número |

Cargo: **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) | ✓ | MISIOMETRÍA | ✓ |
| 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 entes 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
**H787N1T15410**

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: LOZANO CASTAÑEDA MELQUISEDEC

CC: 7253392

COLVIDA IPS
ATENCION 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° 15.358

| 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP | EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CASTIBLANCO MATIZ MISAEL | MASCULINO | 65 AÑOS 5 MESES 24 DÍAS | Tipo: CC | Número: 14228274 |

Cargo: 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 | ✓ |
| 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 : 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 realizár 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 entes 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
S787Y1E15358

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: CASTIBLANCO MATIZ MISAEL

CC: 14228274

aportes en línea

# Planilla Integrada

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-06 | 2023-07 | 33149538 | 9453378341 | E | 2023/07/06 | 2023/07/07 | BANCO DAVIVIENDA | 1 | $2,565,700 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo id | No id | Nombre | Tipo Cotizante | Horas Laboradas | Extranjero | Temp. Ext. | Fecha Radicación en el Exterior | ing | Fecha ing | ret | Fecha ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | Fecha Inicio vsp | cor | vst | sln | Fecha Inicio sln | Fecha Fin sln | ige | Fecha Inicio ige | Fecha Fin ige | lma | Fecha Inicio lma | Fecha Fin lma | vac-lr | | | | | |
| 1 | CC | 1002691233 | ANZOLA LOPEZ YULITZA | Dependiente | 0 | No | No | | | | X | 2023/06/30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | CC | 79556465 | BARBOSA CALVO FRANKY JOSE | Dependiente | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | CC | 1019043705 | CRUZ CHAVEZ ERIKA MAYERLY | Dependiente | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | CC | 1056783573 | MONTES GIRALDO ROSA GERALDINE | Dependiente | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | CC | 1056776099 | ORTIZ RICO JOHN FREDDY | Dependiente | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | CC | 1056784017 | RODRIGUEZ CANO SANDRA MILENA | Dependiente | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | CC | 1007492935 | ROJAS CIFUENTES LUISA FERNANDA | Dependiente | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | CC | 1056782843 | TORRES ESTRADA MERLIS | Dependiente | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Total** **Afiliados(8)**



2023/07/21 11:38 a.m.

aportes en línea

# Planilla Integrada

| | | | CCF | | | | | RIESGOS | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | EPS Destino | Administradora | Días | IBC | Tarifa | Valor Cotización | Administradora | Días | IBC | Tarifa | Clase Riesgo | Valor Cotización | Días | IBC | Tarifa SENA | Valor Cotización SENA | Tarifa ICBF | Valor Cotización ICBF | Tarifa ESAP | Valor Cotización ESAP | Tarifa MEN | Valor Cotización MEN | Exonerado SENA e ICBF |
| 0 | $ 46.400 | | COMFABOY | 30 | $ 1.160.000 | 4% | $ 46.400 | COLPATRIA ARP | 30 | $ 1.160.000 | 0,522% | 1 | $ 6.100 | 30 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | SI |
| 0 | $ 56.000 | | COMFABOY | 30 | $ 1.400.000 | 4% | $ 56.000 | COLPATRIA ARP | 30 | $ 1.400.000 | 0,522% | 1 | $ 7.400 | 30 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | SI |
| 0 | $ 46.400 | | COMFABOY | 30 | $ 1.160.000 | 4% | $ 46.400 | COLPATRIA ARP | 30 | $ 1.160.000 | 0,522% | 1 | $ 6.100 | 30 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | SI |
| 0 | $ 66.300 | | COMFABOY | 30 | $ 1.656.000 | 4% | $ 66.300 | COLPATRIA ARP | 30 | $ 1.656.000 | 0,522% | 1 | $ 8.700 | 30 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | SI |
| 0 | $ 54.000 | | COMFABOY | 30 | $ 1.350.000 | 4% | $ 54.000 | COLPATRIA ARP | 30 | $ 1.350.000 | 0,522% | 1 | $ 7.100 | 30 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | SI |
| 0 | $ 46.400 | | COMFABOY | 30 | $ 1.160.000 | 4% | $ 46.400 | COLPATRIA ARP | 30 | $ 1.160.000 | 0,522% | 1 | $ 6.100 | 30 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | SI |
| 0 | $ 46.400 | | COMFABOY | 30 | $ 1.160.000 | 4% | $ 46.400 | COLPATRIA ARP | 30 | $ 1.160.000 | 0,522% | 1 | $ 6.100 | 30 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | SI |
| 0 | $ 56.000 | | COMFABOY | 30 | $ 1.400.000 | 4% | $ 56.000 | COLPATRIA ARP | 30 | $ 1.400.000 | 0,522% | 1 | $ 7.400 | 30 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | SI |
| | $ 417.900 | | | | | | $ 417.900 | | | | | | $ 55.000 | | | | $ 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 INCIAL :**

| | |
|---|---|
| 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 |

| | | |
|---|---|---|
| SUPERVISIÓN | ORDEN DE SERVICIO N | **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** |

## II. RELACIÓN ACTAS

Relación de las actas expedidas ORDEN DE SERVICIO No. **0200-14-02-008-23**

| Acta No. | Relación Actas | Fecha del Acta |
|---|---|---|
| 1 | ACTA DE INICIO | 25 DE ENERO DE 2023 |
| 2 | ACTA DE PAGO No 1 | 5 DE ABRIL DE 2023 |
| 3 | ACTA DE PAGO No 2 | 10 DE JULIO DE 2023 |
| 4 | ACTA DE PAGO No 3 | 31 DE JULIO DE 2023 |

## III. DOCUMENTOS LEGALES

Se relaciona las pólizas de garantia adquiridas para:
ORDEN DE SERVICIO N **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"

| AMPARO | Aseguradora | Póliza No. | Fecha Inicial dd/mm/aaa | Fecha Final dd/mm/aaa | Valor Asegurado |
|---|---|---|---|---|---|
| **POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO** | | | | | |
| | | | | | |
| **POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL** | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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 |

## 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 T PRACTICANTES SENA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS DE PUERTO BOYACA ESP" se firma acta de inicio el dia 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 | V/ INICIAL | V/TOTAL | CANT | V/UNITARIO | V/TOTAL | CANT | V/UNITARIO | VLR/TOTAL |
| 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 |
| | | | | | |
| | | $ 271,000 | | | $ 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 SÁNCHEZ
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 | Examenes medicos 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) dias 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 cumplimieto 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) dias del mes de julio de 2023.

**GLORIA LORENA URIBE GOMEZ**
Supervisora

Paola Gómez.

**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 |

**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

Paola Gomez.

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