SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**27543-315525**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO	**C.C.**	88.240.089	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	elleon@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 33700025271

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5412530/2023 **Nº Compromiso SIIF** **206023**

Valor Total del Contrato	$ 10.347.552	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.347.552	**1**	**Del**	**27/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 523.927,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.823.625		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área de Agroindustria del programa de formación Titulada Regular y/o Complementaria, de acuerdo con los lineamientos y normatividad vigente.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 523.927		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 523.927**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 108.676**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7890222414**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 130.981	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 52.393	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 42.339	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	108.676,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	523.927,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 334	3.196,00	0,610%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$520.731,00**	

SON: QUINIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

GESTION ADMINISTRATIVA CONTRATO – INDUCCION CUENTAS DE COBRO. 27 SEPTIEMBRE.
INDUCCION SENA ASPECTOS PEDAGOGICOS: 28 Y 29 SEPTIEMBRE.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.



EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

CLAUDIA PATRICIA NUNEZ IZQUIERDO
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	88240089
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO
CIUDAD/MUNICIPIO:	COTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	VEREDA CETIME	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7890222414**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/09/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		186291693

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 185.600	$ 1.500	$ 187.100
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 1.500**	**$ 187.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 145.000	$ 1.200	$ 0	$ 146.200
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 146.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.200	$ 12.200	$ 100	$ 0	$ 12.300
SUBTOTALES:									**$ 12.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 12.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 88240089	LEON CLAVIJO EDWIN LEONARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	88240089	$ 12.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 345.600**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO** con **CC** No. **88240089**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 27/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 27/09/2023 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301019570643.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, septiembre de 2023.

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1029988349**	**María José León Sánchez**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: Edwin Leonardo León Clavijo

C.C. _88.240.089.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.029.988.349**

LEON SANCHEZ

APELLIDOS

MARIA JOSE

NOMBRES

maria Jose Leon sanchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-2008**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

21-JUN-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

F SEXO

15-SEP-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00747280-F-1029988349-20150916 **0046**463688A 1 1283582524

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88240089 realizó el día 30/09/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88240089 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88240089 el día 01/10/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14952642291

(415)7707212489984(8020) 000001495264229 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 8 2 4 0 0 8 9	4	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 8 2 4 0 0 8 9	1 9 9 7 1 1 1 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEON	CLAVIJO	EDWIN	LEONARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

41. Dirección principal
CR 30 A 14 45

42. Correo electrónico edwin_leonardo@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 2 1 4 0 9 2 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 9 0 2 0 4	7 1 2 0	2 0 1 7 0 2 0 1	7 1 1 2			1 4 1 8	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 10 - 01 / 00 : 51: 33

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre LEON CLAVIJO EDWIN LEONARDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado Bancario

Domingo, 17 de septiembre de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO identificado(a) con CC 88240089, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	33700025271	2019/04/03	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 88240089 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 18/09/2023 11:58 PM

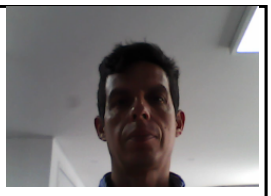
_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



Nombre de la Empresa		Empresa en Misión	
PARTICULAR MEDICINA			
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
111111111	CRA 51 103B 65	NO APLICA	Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
LEON CLAVIJO EDWIN LEONARDO	CC 88240089	43 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
CUCUTA	Duitama	SOLTERO
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3202140921	CR 30 A 14-45	3202140921
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
EDWIN_LEONARDO@HOTMAIL.COM	PROFESIONAL	O +

IMC	Hijos	EPS
23.39	1	COMPENSAR EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	NO APLICADA	1° NO APLICA 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
INSTRUCTOR MAIPULACION ALIMENTOS SENA	2023-09-16	10:02:51	10:28:04	11:33:20

Lugar de realización examen	BOGOTA NORMANDIA

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

PREINGRESO

CONCEPTO	TIPO DE RESTRICCIONES
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	CONSERVACION VISUAL
APTITUD DE TAREAS	
APTITUD PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO: APTO.	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PAQ MAN: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (COPROLOGICO PAQ MAN) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (FROTIS DE GARGANTA PAQ MAN) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (FROTIS DE UÑA PAQ MAN) SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA
APTITUD PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Se indica que debe utilizar lentes u gafas de forma permanente
Se solicita valoración por optometría por hallazgos encontrados en el examen complementario (Visiometria) para determinar si hay corrección de la agudeza visual.
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Se informa asistir o continuar en controles preventivos de su perfil lipídico por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud y seguir indicaciones médicas.
Se informa asistir a controles preventivos por el medico Líder de su EPS por alteraciones en el resultado del examen Perfil de lípidos y seguir indicaciones médicas
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.
Utilizar gafas u lentes de forma permanente y actualizar anualmente la fórmula de sus lentes
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OBSERVACIONES GENERALES (APTITUD PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO)
Seguir las normas de higiene y seguridad para la manipulación de alimentos. Informar oportunamente lesiones dermatológicas en manos y vías respiratorias. Evitar el uso de anillos, relojes y pulseras. Fomentar una buena higiene personal y hábitos higiénicos. Utilizar todos los elementos de protección personal adecuados y necesarios para la labor. Cumplir con los procedimientos para el trabajo seguro en zona e informar oportunamente de los peligros identificados en el trabajo. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación. Cumplir con la normatividad de manejo o manipulación de cargas (hombre o mujer). Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laboral como por fuera del trabajo, también seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo. Realizar marcha segura para desplazamientos por escaleras, pisos irregulares y vías públicas. Fomentar estilos de vida y de trabajo saludables.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (APTITUD PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO)
ÉNFASIS DEL SISTEMA (Dermatológico o Piel): Este examen Médico está enfocado en una revisión, buscando patologías activas y durante su evaluación NO se evidenció patología o sintomatología de enfermedades dermatológicas, que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar su actividad (tarea) para manipulador de alimentos. Los RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SANITARIA DE LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS se encuentran en los parámetros normales.
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento no cuenta con vacunación para prevención de infección por sars cov-2, se recomienda iniciar y completar el esquema de vacunación contra el covid-19. se indica cumplir con las medidas generales de bioseguridad

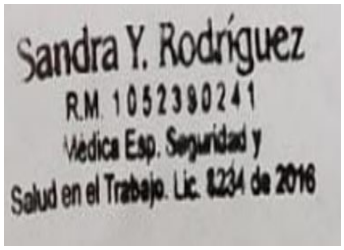
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	CONSERVACION VISUAL	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	MEDICINA GENERAL NUTRICIONISTA OPTOMETRA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.



RODRIGUEZ MONRROY SANDRA YULIANA
1052390241
RM: RM.1052390241 LIC.SO.8234/2016
Firma y sello del médico evaluador

EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO
Documento: 88240089
Firma del trabajador

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO	**Identificación:**	CC: 88240089
Fecha de Nacimiento:	1979-10-02	**Edad:**	43
Género:	M	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	DUITAMA
Dirección:	CR 30 A 14-45	**Teléfono:**	3202140921
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR MAIPULACION ALIMENTOS SENA
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA NORMANDIA
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO,

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PAQ MAN

DATOS DE LA CITA

TIPO EXAMEN

ENFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS MANIPULACION ALIMENTOS U DERMATOLOGICO,

EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL 1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	
AREAS DE TRABAJO		**TIEMPO DE EXPOSICION**	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

ANAMNESIS

¿PRESENTA ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA?	NO	**HIJOS**	SI Observaciones: 1
DECLARACION DE ESTADO DE SALUD	SI	**OBSERVACIONES**	REFIERE BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA CONTACTO CON PERSONAS SOSPECHOSAS DE COVID-19, NIEGA FIEBRE, TOS FRECUENTE, ODINOFAGIA, DOLORES MUSCULARES O SIGNOS DE ASFIXIA O DIFICULTAD RESPIRATORIA

ANTECEDENTES PERSONALES

RESPIRATORIA

ASMA	NO	**RINITIS**	NO REFIERE
SINUSITIS	NO REFIERE	**TBC**	NO
NEUMONIAS	NO	**BRONQUITIS**	NO
EPOC	NO		

GASTROINTESTINALES

EDA	NO	**COLON IRRITABLE**	NO
GASTRITIS	NO	**COLITIS**	NO
REFLUJOGASTROESOFAGICO	NO		

CARDIOVASCULAR

HTA	NO	**DM**	NO
IC	NO	**DISLIPIDEMIA**	NO
ARRITMIAS	NO	**CARDIOPATIAS**	NO

INMUNOLOGICAS

ARTRITIS REMATOIDEA	NO	**FIBROMIALGIA**	NO
ESCLEROSIS MULTIPLE	NO	**LUPUS**	NO
GUILLAN BARRE	NO		

NEUROLOGICAS

MIGRAÑA	NO	**PARALISIS BELL**	NO
ECV	NO	**HEMIPLEJIAS HEMIPARESIA**	NO
EPILEPSIA	NO	**ELA**	NO

PSIQUIATRICAS

DEPRESION	NO	**TAB**	NO
TDAH	NO	**TRANSTORNO DE ANSIEDAD**	NO
ESQUIZOFRENIA	NO		

ENDOCRINAS

HIPOTIROIDISMO	NO	**HIPERTIROIDISMO**	NO
HIPOPITUITARISMO	NO	**HIPOGONADISMO**	NO

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

VIH	NO	**SIFILIS**	NO
HEPATITIS	NO		

OTROS SISTEMAS

DERMATOLOGICOS	NO	**VASCULARES**	NO
QUIRURGICOS	SI Observaciones: LASIK, 2019. AMPUTACION DE PUNTA	**FOBIAS**	NO

	DEDO CUARTO DEDO MANO IZQUIERDA, 2019		
AUDITIVOS	NO	**FONACION (VOZ)**	NO
GENITOURINARIO	NO	**GINECOLOGICO**	NO
VISUALES	NO	**HOSPITALIZACIONES**	NO
HEMATOLOGICOS	NO	**RENAL**	NO
HEREDITARIAS	NO	**ONCOLOGICAS**	NO
FRACTURAS	NO	**OSTEOMUSCULAR**	NO
COLUMNA VERTEBRAL	NO	**TRAUMATICOS**	NO
CONTROLES POR ARLEPS	NO	**CONSUME/TOMA MEDICAMENTOS**	NO
OTROS ¿CUALES?	NO		

TRAUMATICOS

AMPUTACION	NO	**MATERIAL DE OSTEOSINTESIS**	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

RESPIRATORIAS	NO	**GASTROINTESTINALES**	NO
DERMATOLOGICOS	NO	**CARDIOVASCULARES**	NO
INMUNOLOGICAS	NO	**NEUROLOGICO**	NO
PSIQUIATRICO	NO	**COLUMNA VERTEBRAL**	NO
GINECOLOGICAS	NO	**QUIRURGICOS**	NO
ENDOCRINAS	NO	**INMUNOLOGICAS**	NO
VISUALES	NO	**CANCER**	NO
OTRAS ¿CUALES?	NO		

VACUNACION

INFLUENZA	NO REFIERE	**FIEBRE AMARILLA**	NO REFIERE
FIEBRE AMARILLA	NO REFIERE	**HEPATITIS A**	NO REFIERE
HEPATITIS B	NO REFIERE	**NEUMOCOCO**	NO REFIERE
RABIA PREVENTIVA	NO REFIERE	**SARAMPION**	NO REFIERE
TRIPLE VIRAL	NO REFIERE	**VPH**	NO REFIERE
H1N1	NO REFIERE	**FIEBRE TIFOIDEA**	NO REFIERE
MENINGOCOCO	NO REFIERE	**RABIA CURATIVA**	NO REFIERE
RUBEOLA	NO REFIERE	**TETANOS**	NO REFIERE
VARICELA	NO REFIERE		

TETANOL

TETANOL	NO REFIERE	**DOSIS**	1

COVID-19

DOSIS	NO APLICADA	**PRIMERA DOSIS**	NO APLICA
SEGUNDA DOSIS	NO APLICA	**REFUERZO**	NO APLICA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

HA TRABAJADO ANTERIORMENTE	SI	**¿REPORTA ENFERMEDAD LABORAL?**	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES		**TIENE CALIFICACIONES LABORALES**	NO
CALIFICACIONES O CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD	NO	**ELEMENTOS DE PROTECCION**	NO

HABITOS DE VIDA PERSONAL

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

PRACTICA DEPORTE	NO	**FRECUENCIA DEPORTE**	NO HACE EJERCICIO
LESIONES DEPORTIVAS	NO	**ACTIVIDADES EXTRALABORALES**	NO

TABAQUISMO

FUMA	NO	**CIGARRILLOS AL DIA**	
EXFUMADOR	NO	**HACE CUANTO DEJO DE FUMAR**	

ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

ALCOHOL	NO	**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL**	NO
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO		

CAUSA DE AUSENTISMO LABORAL

PATOLOGIA		**DIAS DE INCAPACIDAD**	
CONTROLES	NO	**CONDICION ACTUAL**	

SIGNOS VITALES

FC	75	**FR**	16
TA	100/80	**Tº**	36
PESO	70	**TALLA**	173
IMC	23.39	**CLASIFICACION**	Peso Normal
PERIMETRO ABDOMINAL	86	**LATERALIDAD**	DIESTRO

TAMIZAJE VISUAL

VISION CERCANA OD	20/20	**VISION LEJANA OD**	20/50
VISION CERCANA OI	20/20	**VISION LEJANA OI**	20/20
VISION CERCANA AO	20/20	**VISION LEJANA AO**	20/20 Observaciones: SC

ESTADO ACTUAL

OBSERVACIONES	ASINTOMATICO		

EXAMEN FISICO

PIEL Y ANEXOS

TATUAJES	NO	**CICATRIZ**	NO
LESIONES EN PIEL	NO	**LACERACIONES**	NO
ESCORIACIONES	NO	**OTRAS**	NO

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

CUELLO	NO	**ADENOPATIAS**	NO
DEFORMIDADES	NO	**MASAS**	NO

TORAX CARDIORESPIRATORIO

TORAX Y CARDIORESPIRATORIO	NORMAL

ABDOMINOPELVICA

MASAS	NO	**HERNIA EPIGASTRICA**	NO
HERNIA UMBILICAL	NO	**HERNIA INGUINAL INGUINOESCROTAL**	NO

MIEMBROS SUPERIORES

HOMBRO	NO	**CODO**	NO
MANO/MUÑECA	NO	**DEDOS**	SI Observaciones: AMPUTACION DE PUNTA DEDO CUARTO DEDO MANO IZQUIERDA,
ARCOS DE MOVILIDAD	NO		

MIEMBROS INFERIORES

CADERA	NO	**RODILLA**	NO
TOBILLO	NO	**PIES**	NO
ARCOS DE MOVILIDAD	NO		

COLUMNA VERTEBRAL

TEST DE SHOBER POSITIVO	NO	**ESCOLIOSIS**	NO
LASEGUE POSITIVO	NO	**FLEXIBILIDAD DE WELLS**	NO
SIGNO DE RADICULOPATIA	NO	**TEST DE ADMAS**	NO

SISTEMA VASCULAR

VENAS VARICES	NO TIENE	**TELEANGIECTASIAS**	NO
EDEMA	NO	**ULCERAS**	NO

EVALUACION NEUROLOGICA

ALTERACION EN EL LENGUAJE	NO	**ALTERACION ASPECTO Y CONDUCTA**	NO
ALTERACIONES EN LAS TRES ESFERAS	NO	**ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES**	NO
ALTERACION EN LA MARCHA	NO	**NISTAGMUS**	NO
OTROS ¿CUALES?	NO		

EVOLUCION

EVOLUCION	

ANALISIS Y OBSERVACIONES DE LA EVALUACION MEDICA

ANALISIS Y COMENTARIOS	SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, PACIENTE ASINTOMATICO, EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES. -OPTOMETRIA/VISIOMETRIA: AMETROPIA NO CORREGIDA -AUDIOMETRIA: NORMAL -ESPIROMETRIA: NORMAL -FROTIS DE GARGANTA, FROTIS DE UÑAS Y COPROLOGICO: NORMAL -PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA: HIPERCOLESTEROLEMIA LEVE DURANTE LA ATENCION SE APLICARON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD COMO: DISTANCIAMIENTO SOCIAL CON SEÑALIZACION, DESINFECCION DE MANOS AL INGRESO, SE APLICO CUESTIONARIO DE NEXO EPIDEMIOLOGICO Y SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19 . CUMPLIMOS CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL POR PARTE DE LOS TRABAJADORES (GORRO , TAPABOCAS, GAFAS, BATA DE MANGA LARGA ANTIFLUIDOS); AREA DE LAVADO DE MANOS (CONSULTORIOS Y BAÑOS) Y ADECUADA DISPOSICION DE RESIDUOS.

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional	**TIPO DIAGNOSTICO**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
DIAGNOSTICO 2		**TIPO DIAGNOSTICO 2**	
DIAGNOSTICO 3		**TIPO DIAGNOSTICO 3**	
DIAGNOSTICO 4		**TIPO DIAGNOSTICO 4**	
DIAGNOSTICO 5		**TIPO DIAGNOSTICO 5**	
DIAGNOSTICO 6		**TIPO DIAGNOSTICO 6**	
DIAGNOSTICO 7		**TIPO DIAGNOSTICO 7**	
OBSERVACIONES			

APTITUD OCUPACIONAL

CONCEPTO	CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	**TIPO DE RESTRICCIONES**	NO APLICA
MOTIVO		**CERTIFICADOS ADICIONALES**	NINGUNO

AREA DE LAS RESTRICCIONES

NINGUNA	1	**VISUAL**	

OSTEOMUSCULAR		**AUDITIVO**	
RESPIRATORIO		**PARED ABDOMINAL**	
CARDIOVASCULAR		**ENDOCRINO**	
METABOLICO		**COLUMNA VERTEBRAL**	
REPORTE DE LABORATORIO		**OTROS MOTIVOS**	

INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO

NINGUNA		**OSTEOMUSCULAR**	
ERGONOMICO		**AUDITIVO**	
RESPIRATORIO		**PSICOSOCIAL**	
METABOLICO		**CARDIOVASCULAR**	
SEGURIDAD VIAL		**CONSERVACION VISUAL**	1

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES MEDICAS PERSONALES

DIAGNOSTICO DE ORIGEN MUSCULOESQUELETICAS		**DIAGNOSTICO DE COLUMNA VERTEBRAL**	
DIAGNOSTICO DE ORIGEN AUDITIVO		**DIAGNOSTICO DE ORIGEN CARDIOVASCULARES**	Se informa asistir o continuar en controles preventivos de su perfil lipídico por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud y seguir indicaciones médicas.
DIAGNOSTICO CONSUMO DE SUSTANCIAS		**DIAGNOSTICO DE ORIGEN RESPIRATORIO**	
DIAGNOSTICO ORIGEN HERNIAS-PARED ABDOMINAL		**DIAGNOSTICO DE ORIGEN DERMATOLOGICO**	
DIAGNOSTICO DE ORIGEN ENDOCRINOS		**DIAGNOSTICO DE ORIGEN INMUNOLOGICO**	
DIAGNOSTICO DE ORIGEN NEUROLOGICO		**DIAGNOSTICO DE ORIGEN NUTRICIONAL**	
DIAGNOSTICO DE ORIGEN VASCULAR		**DIAGNOSTICO DE ORIGEN VISUAL**	
DIAGNOSTICO DE ORIGEN ADQUIRIDO		**DIAGNOSTICO DE ORIGEN PSIQUIATRICO**	
V. I. H		**HALLAZGOS EN REPORTES DE LABORATORIO**	Se informa asistir a controles preventivos por el medico Líder de su EPS por alteraciones en el resultado del examen Perfil de lípidos y seguir indicaciones médicas
OTROS			

RECOMENDACIONES AREA DE VACUNACION

OBSERVACIONES DEL AREA DE VACUNACION	Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento no cuenta con vacunación para prevención de infección por sars cov-2, se recomienda iniciar y completar el esquema de vacunación contra el covid-19. se indica cumplir con las medidas generales de bioseguridad

CONDUCTAS OCUPACIONALES

CONDUCTAS RESTRICTIVAS		**CONDUCTAS PREVENTIVAS**	Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar||Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.||Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.||Utilizar gafas u lentes de forma permanente y actualizar anualmente la fórmula de sus lentes

OBSERVACIONES

OTRAS			

REMISION Y CONTROLES POR SU EPS

CARDIOLOGIA		**CIRUGIA GENERAL**	
CIRUGIA VASCULAR		**CLINICA DEL DOLOR**	
DERMATOLOGIA		**DIABETOLOGIA**	
ENDOCRINOLOGIA		**FONIATRIA**	
GINECOLOGO		**GASTROENTEROLOGIA**	
INMUNOLOGO		**MEDICO DE P Y P**	
MEDICINA INTERNA		**MEDICINA GENERAL**	1
NEUROCIRUGIA		**NEUROLOGIA**	
NEUMOLOGIA		**NUTRICIONISTA**	1
OFTALMOLOGIA		**ORTOPEDISTA**	

OPTOMETRA	1	**OTORRINOLARINGOLOGO**	
PSIQUIATRIA		**REUMATOLOGIA**	
UROLOGIA		**OTRAS ESPECIALIDADES**	
NINGUNO			

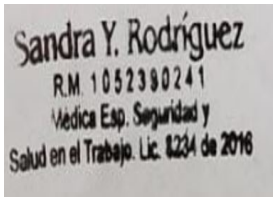
ANEXOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SI	**ENFASIS CALLCENTER**	
ENFASIS AREA DE CONDUCTORES		**ENFASIS AREA DE EDUCACION**	
ENFASIS CARDIOVASCULAR		**ENFASIS NEUROLOGICO**	
ENFASIS GUARDA SEGURIDAD		**APTITUD PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO**	SI
ENFASIS PERSONAL CONSTRUCCION		**APTITUD EN ENFASIS PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS**	
APTITUD EN ENFASIS PARA LABORAR EN TEMPERATURAS EXTREMAS		**APTITUD EN ENFASIS PARA LABORAR CON EXPOSICION DE MATERIAL PARTICULADO**	
APTITUD EN ENFASIS PARA LABORAR CON EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES		**APTITUD EN ENFASIS PARA MANIPULAR SUSTANCIAS QUIMICAS**	
APTITUD EN ENFASIS PARA LABORAR CON EXPOSICION EN ENERGIAS PELIGROSAS		**APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS**	

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



SANDRA YULIANA RODRIGUEZ MONRROY
1052390241
RM: RM.1052390241 LIC.SO.8234/2016
Firma y sello del médico evaluador

Documento:
Firma del trabajador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO	**Identificación:**	CC: 88240089
Fecha de Nacimiento:	1979-10-02	**Edad:**	43
Género:	M	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	DUITAMA
Dirección:	CR 30 A 14-45	**Teléfono:**	3202140921
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR MAIPULACION ALIMENTOS SENA
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA NORMANDIA
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO,

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL 1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

EMPRESA	INDEPENDIENTE	**ANTIGUEDAD**	4 AÑOS
CARGO	CONSULTOR Y ASESOR	**AREA**	
EXPUESTO A RUIDO		**USO DE E.P.P.**	
TIPO	NO APLICA	**OBSERVACIONES**	

HISTORIA MANUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS

OCUPACIONALES Y PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE	**HIPOACUSIA**	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE	**MENINGITIS**	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE	**OTITIS**	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE	**OTORREA**	NO REFIERE
OTOTOXICOS	NO REFIERE	**PARALISIS FACIAL**	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE	**PRURITO**	NO REFIERE
RINITIS	NO REFIERE	**SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA**	NO REFIERE
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE	**SINUSITIS**	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE	**TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)**	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE	**VERTIGO**	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE	**VIBRACION CONTINUA**	NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

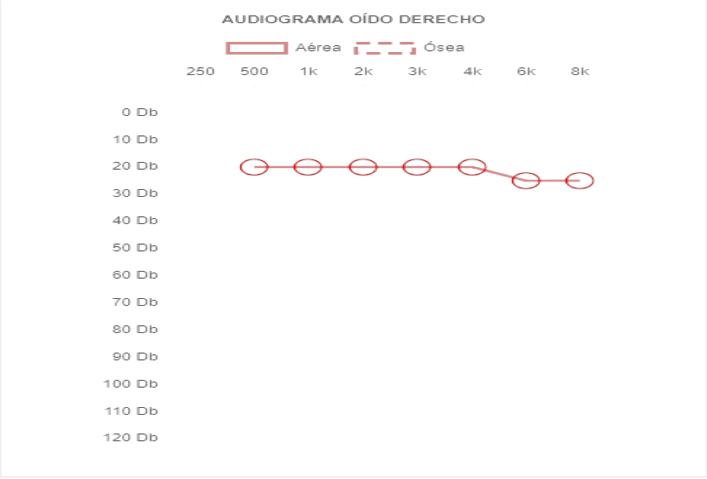
USO DE AUDIFONOS PERSONALES	SI Observaciones: OCASIONAL	**DISCOTECA (CADA 8 DIAS)**	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO	**MOTOCICLISMO**	SI Observaciones: MANEJA HACE 1 AÑO
SERVICIO MILITAR	NO	**JUGAR TEJO**	NO
POLIGONO	NO	**USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO**	NO
OTROS	NO		

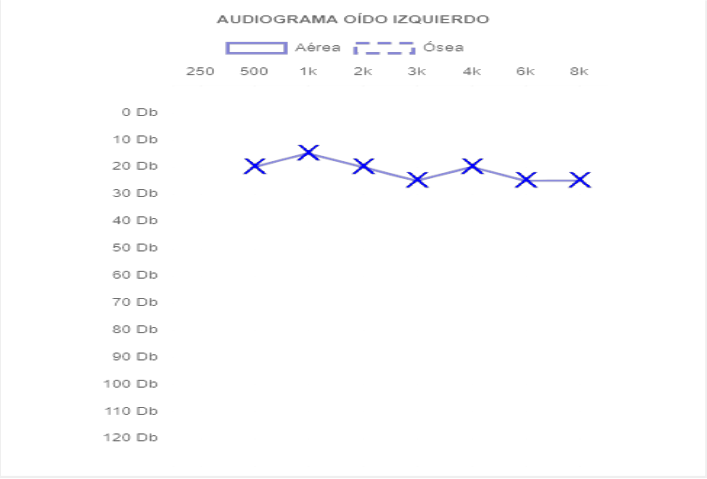
OTOSCOPIA

OIDO DERECHO		**OIDO IZQUIERDO**	
PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL	**PABELLON AURICULAR - OI**	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL	**CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI**	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL	**MEMBRANA TIMPANICA - OI**	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO	**TAPON CERUMEN - OI**	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO	**PERFORACION TIMPANICA - OI**	NO
OD OTRO		**OI OTRO**	

AUDIOGRAMA

Audiograma





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				20			20			20			20			20			25			25		
OI				20			15			20			25			20			25			25		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

INTERPRETACION

LARSEN OD	NO APLICA	**LARSEN OI**	NO APLICA
PTA OD (500, 1K y 2K)	20	**PTA OI (500, 1K y 2K)**	18.333333333333332
E.L.I OD	A - EXCELENTE	**E.L.I OI**	A - EXCELENTE
GATISST OD (500, 1K, 2K y 3K)	20	**GATISO OI (500, 1K, 2K y 3K)**	20
S.A.L. OD	B	**S.A.L. OI**	B
FACTOR DE PRESBIACUSIA	14		

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición	**TIPO DIAGNOSTICO 1**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
RESULTADO	AGUDEZA AUDITIVA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES	**LATERALIDAD DX1**	BILATERAL

RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E.	X	**VALORACION COMPLEMENTARIA**	Su capacidad auditiva es adecuada

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

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



LEIDY JULIETH GARZON CASTIBLANCO
1013620518

EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO
Documento: 88240089

RM: 3191 L.S.O.3191
Firma y sello del médico evaluador

Firma del trabajador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO	**Identificación:**	CC: 88240089
Fecha de Nacimiento:	1979-10-02	**Edad:**	43
Género:	M	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	DUITAMA
Dirección:	CR 30 A 14-45	**Teléfono:**	3202140921
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR MAIPULACION ALIMENTOS SENA
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA NORMANDIA
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO,

ESPIROMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE		**CARGO**	

ANTECEDENTES LABORALES

LE HAN REALIZADO ESPIROMETRIA ANTERIORMENTE?	NO	**RESULTADO**	
FECHA			

EMPRESA 1

EMPRESA		**ANTIGUEDAD**	
CARGO		**AREA**	
EXPOSICION A QUIMICOS	NO	**EXPOSICION A GASES**	NO
EXPOSICION A POLVO	NO	**EXPOSICION A VAPORES**	NO
EXPOSICION A HUMOS	NO	**EXPOSICION A NEBLINAS**	NO
EXPOSICION A OTROS	NO	**UTILIZA E.P.P.**	
CUAL?			

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL	valor1

ANTECEDENTES FAMILIARES

ASMA	NO	**BRONQUITIS CRONICA**	NO
CANCER DE PULMON	NO	**ENFISEMA**	NO
OTRAS CONDICIONES	NO		

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

TOS FRECUENTE	NO	**USUALMENTE PRESENTA ESPECTORACION**	NO
RINITIS ALERGICA	NO	**BRONQUITIS**	NO
BRONQUITIS CRONICA	NO	**ENFISEMA**	NO
ASMA	NO	**CIRUGIA DE TORAX**	NO
LESIONES EN TORAX	NO	**NEUMONIA**	NO
PROBLEMAS DE CORAZON	NO	**OTROS**	NO
EDAD DEL PRIMER ATAQUE			

HABITOS

TABAQUISMO

FUMA	NO	**CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA?**	

DEPORTE

PRACTICA DEPORTE?	NO	**CUAL?**	

PRUEBA DE FUNCION PULMONAR

FVC

FVC%	98

FEV1

FEV1%	94

FVC FVE1

FVC/FVE1%	96

FET25 75

FET25/75%	86

EXAMEN FISICO

PESO	73	**TALLA**	173
IMC	24.39	**CLASIFICACION**	Peso Normal

PRUEBA DE FUNCION PULMONAR POS

FVC

FVC%	

FEV1

FEV1%	

FVC FEV1

FVC/FVE1%	

FET25 75

FET25/75%	

IMPRESION DIAGNOSTICA

RESULTADOS	NORMAL	**OBSERVACIONES**	ESPIROMETRÍA NORMAL; USUARIO REALIZA BUENA TÉCNICA DE LA PRUEBA, SE REALIZA EL MÁXIMO DE CURVAS PERMITIDAS (8 PRUEBAS) Y SE SELECCIONA LAS TRES CURVAS MEJORES.

RECOMENDACIONES

CONTROL ANUAL	1	**CONTROL EN 6 MESES**	
CONTROL EN 3 MESES		**VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA**	
VALORACION POR NEUMOLOGIA		**USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	1
INGRESO A PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		**REALIZAR EJERCICIO**	1
OTROS		**OBSERVACIONES**	REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR TRES VECES POR SEMANA ACORDE CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA ADECUADO SEGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN CONTROL ANUAL O SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA CONTROL ADECUADO DE PESO

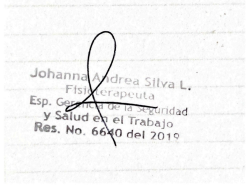
RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA)	Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



JOHANNA ANDREA SILVA LAVERDE
1030644383
RM: 1030644383 L.S.O. 6640/2019
Firma y sello del médico evaluador

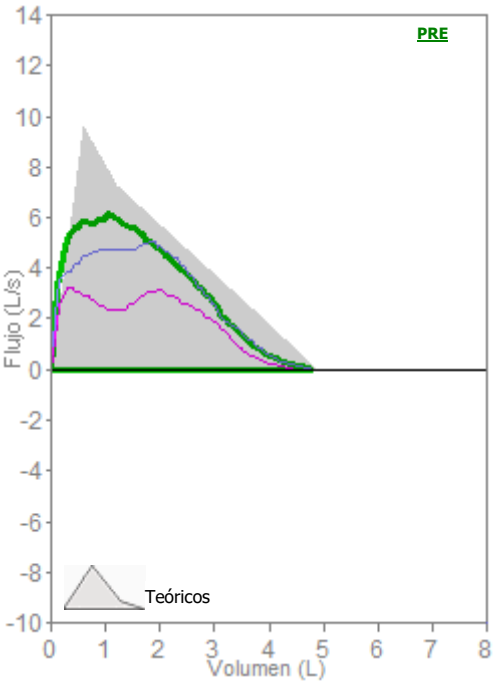
Documento:
Firma del trabajador

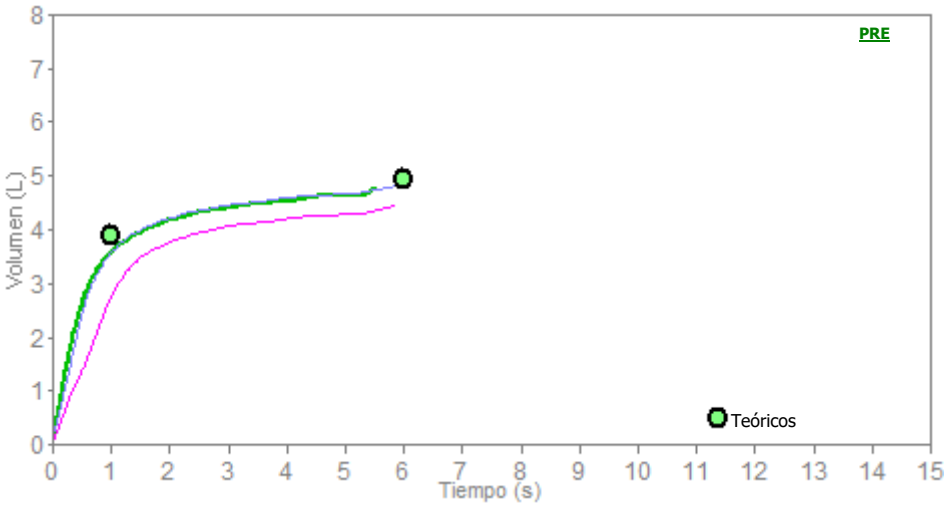
Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Fecha de visita 16/09/2023

Cód. paciente 88240089		Edad	43
Apellido	LEON CLAVIJO	Género	Masculino
Nom.	EDWIN LEONARDO	Altura, cm	173
Fecha de nacimien	2/10/1979	Peso:, kg	73
Grupo étnico	Caucásico	BMI	24,39
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			

FVC PRE FEV1 PRE FEV1% PRE





Grado de control de calidad: D Variabilidad: FEV1=0,07L (1,96%), FVC=0,01L (0,21

1 Acceptable trials

Interpretación

Espirometría normal

Fecha prueba PRE 16/09/2023 10:26:26 a. m.

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	4,03	4.92	4,81*	98	-0.20	4,81	4,45	4.80	*		
FEV1	L	3,15	3.89	3,65*	94	-0.67	3,58	**2,79**	3.65	*		
FEV1/FVC	%	69,5	79.2	75,9*	96	-0.56	74,4	**62,7**	76.0	*		
PEF	L/s	7,48	9.67	6,19*	64	-2.61	5,05	**3,30**	**6.19**	*		
ELA	años		43	51	119		54	76	51			
FEF2575	L/s	2,14	3.65	3,14	86	-0.56	3,06	2,36	3.14			
FET	s		6.00	5,52	92		5,88	5,85	5.52			
FIVC	L	4,03	4.92									
FEV1/VC	%	69,5	79.2									

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,073 29 °C (84,2 °F) - Teóricos NHANES III**

Informe médico

Firma

Instrumento usado

Spirobank II new S/N Y18955

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2023-09-18

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO		
Identificación	CC	**Nro**	88240089
Fecha de Nacimiento	1979-10-02	**Edad**	43
Sexo	M	**Empresa**	PARTICULAR MEDICINA
Fecha cita	2023-09-16 10:09:22	**Sede**	BOGOTA NORMANDIA
Direccion	Calle 51 # 72 – 17		

PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)

TITULO	RESULTADO
ASPECTO DEL SUERO	TURBIO

COLESTEROL_TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO COLESTEROL TOTAL	227	mg/dl	Deseable <200 Límite superior 201-239 Alto >240

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO TRIGLICERIDOS	80.6	mg/dl	Normal: < 150 Límite alto:151-199 Alto:200-499 Muy alto: > 500

LIPOPROTEINAS_DE_ALTA_DENSIDAD_HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL	49.8	mg/dl	Bajo: < a 40 Normal: 41-59 Deseable: >= a 60

LIPOPROTEINAS_DE_BAJA_DENSIDAD_LDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL	136.4	mg/dl	Optimo: < a 100 Cercano a lo optimo: 100-129 Límte superior :130-159 Alto: 160-189 Muy alto : >= 190

LIPOPROTEINAS_DE_MUY_BAJA_DENSIDAD_VLDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL	10	mg/dl	Normal: 12-40

INDICE_ARTERIAL

TITULO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
INDICE ARTERIAL	2.8	1.0---5.0

HISTORIA_MANUAL

TITULO	RESULTADO
FORMATO MANUAL	NO

COPROLOGICO PAQ MAN

COPROLOGICO

TITULO	RESULTADO
COLOR	MARRON
CONSISTENCIA	BLANDA
PARASITOS	NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN MUESTRA EXAMINADA
ALMIDON	NO SE OBSERVA
GRASAS	MODERADAS
FLORA BACTERIANA	MODERADAS
MOCO	NO SE OBSERVA
OBSERVACIONES	

HISTORIA_MANUAL

TITULO	RESULTADO
FORMATO MANUAL	NO

FROTIS DE GARGANTA PAQ MAN

FROTIS_DE_GARGANTA

TITULO	RESULTADO
COCOS GRAM NEGATIVOS	NO SE OBSERVA
COCOS GRAM POSITIVOS	ESCASAS
BACILOS GRAM NEGATIVOS	NO SE OBSERVA
BACILOS GRAM POSITIVO	NO SE OBSERVA
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS
REACCION LEUCOCITARIA	ESCASAS

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2023-09-18

FROTIS DE GARGANTA PAQ MAN

FLORA BACTERIANA	ESCASAS

HISTORIA_MANUAL

TITULO	**RESULTADO**
FORMATO MANUAL	NO

FROTIS DE UÑA PAQ MAN

FROTIS_DE_UñA

TITULO	**RESULTADO**	**VALOR DE REFERENCIA**
FROTIS DE UÑA	NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS	NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS

HISTORIA_MANUAL

TITULO	**RESULTADO**
FORMATO MANUAL	NO

GLICEMIA

GLUCOSA_EN_SUERO

TITULO	**RESULTADO**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**VALOR DE REFERENCIA**
GLUCOSA EN SUERO	96.7	mg/dl	70-110

HISTORIA_MANUAL

TITULO	**RESULTADO**
FORMATO MANUAL	NO

MATEUS SABINA CIFUENTES
51740829 L.S.O. 51740829
Firma y sello del médico evaluador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	EDWIN LEONARDO LEON CLAVIJO	**Identificación:**	CC: 88240089
Fecha de Nacimiento:	1979-10-02	**Edad:**	43
Género:	M	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	DUITAMA
Dirección:	CR 30 A 14-45	**Teléfono:**	3202140921
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR MAIPULACION ALIMENTOS SENA
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA NORMANDIA
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ENFASIS DERMATOLOGICO,

VISIOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	
PROFESION			

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	SI Observaciones: FISICOS: COMPUTADOR Y LUZ ARTIFICIAL.	**OBSERVACIONES**	"ULTIMO CONTROL VISUAL HACE MAS DE 2 AÑOS"

EN LA EMPRESA ACTUAL

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	NO

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	NO

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	**ACCIDENTE OCULAR**	NO
DIABETES MELLITUS	NO	**GLAUCOMA**	NO
QUIRURGICOS	NO	**CATARATAS**	NO
FARMACOLOGICOS	NO	**AMBLIOPIA**	NO
PATOLOGICOS	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	NO
RINITIS	NO REFIERE	**DEFECTOS REFRACTIVOS**	SI Observaciones: REFRACTIVA LÁSER BILATERAL HACE 4 AÑOS.
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO REFIERE	**PTERIGIO**	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	**CIRUGIA OCULAR**	NO
OTROS	NO	**ESTRABISMO**	NO
OBSERVACIONES	"NIEGA ANTECEDENTES Y SINTOMATOLOGIA"		

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA	NO	**CUAL**	NO USA
CERCA LEJOS VIS	AMBOS		

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/50 Observaciones: PH: 20/22	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/20	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	20/20	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/20	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIONES	NORMAL AMBOS OJOS		

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 15/15	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	40 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES	TEST NORMALES		

EVOLUCION

EVOLUCION			

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCIÓN VISUAL	PERMANTE	**USO DE EPV**	

VALORACION POR OFTALMOLOGIA		**VALORACION POR OPTOMETRIA**	1
RECOMENDACIONES GENERALES	AMETROPIA NO CORREGIDA. RECOMIENDO VALORACION CON OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL.REPETIR EL EXAMEN CON LA CORRECCIÓN PARA DEFINIR RECOMENDACIONES		
RECOMENDACIONES-TEXTOS			
VALORACION COMPLEMENTARIA VISIOMETRIA	Se indica que debe utilizar lentes u gafas de forma permanente ||Se solicita valoración por optometría por hallazgos encontrados en el examen complementario (Visiometria) para determinar si hay corrección de la agudeza visual.	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS**	
IMPRESION DIAGNOSTICA			
REFRACTIVO			
BUENA AGUDEZA VISUAL	1	**OBSERVACIONES**	DE LEJOS Y CERCA POR OJO IZQUIERDO.
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL		**OBSERVACIONES**	
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL	1	**OBSERVACIONES**	DE LEJOS POR OJO DERECHO.
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		**OBSERVACIONES**	
CONTROLES			
MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	1		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



OPTOMETRA
DIANA CAROLINA ERAZO PULIDO
CC.52810403

DIANA CAROLINA ERAZO PULIDO
52810403
RM: 52810403
Firma y sello del médico evaluador

Documento:
Firma del trabajador

PROTEGER I.P.S. PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S. A. S.	PROTEGER I.P.S Profesionales en Salud Ocupacional y Calidad INFORME PSICOLÓGICO.

I. DATOS GENERALES:		
APELLIDOS Y NOMBRES:	LEON CLAVIJO EDWIN LEONARDO	
EDAD: 43	**FECHA DE EVALUACIÓN**: 19 DE SEPTIEMBRE DE 2023.	
No. DE IDENTIFICACIÓN: 88240089		

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN:

Valoración psicológica

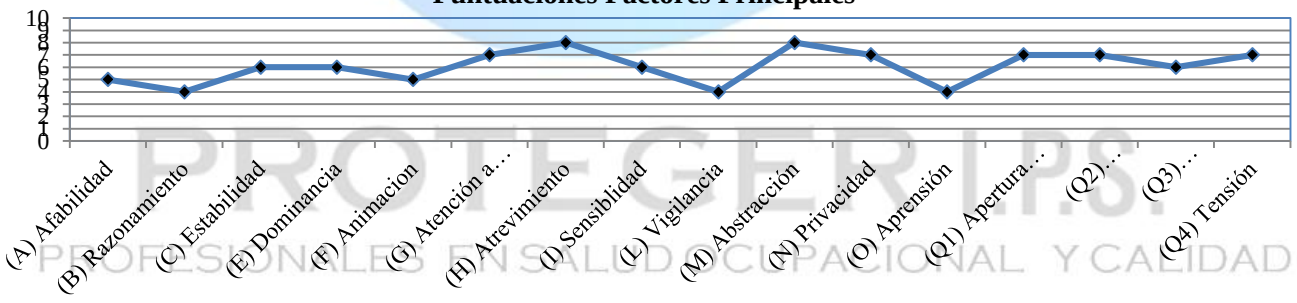
III. PERSONALIDAD Y VALORES

PRUEBA APLICADA: Prueba 16PF

RESULTADOS:

Según las respuestas obtenidas en la aplicación de la prueba, análisis situacional y constitucional y basándose en los patrones de evaluación, se percibe los siguientes rasgos de personalidad en el individuo:

ANÁLISIS GRÁFICO FACTORES PRINCIPALES



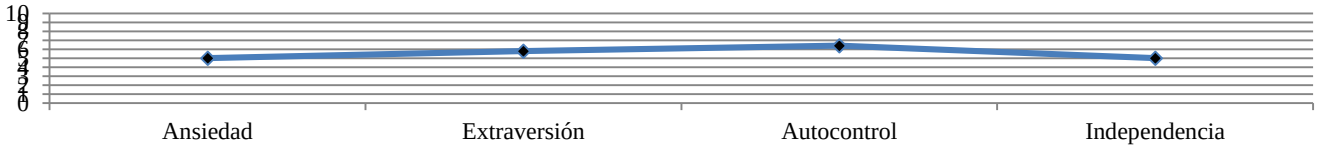
ANÁLISIS DESCRIPTIVO FACTORES PRINCIPALES

PUNTUACIONES ALTAS EN:

(H) Atrevimiento= 8: Persona atrevida, segura en lo social, emprendedora y espontánea. Se encuentra dispuesta a intentar cosas nuevas, capaz de manejar clientes. Es capaz de soportar situaciones de presión y abrumadoras. Suele ser quien inicie una conversación con las personas que la rodean, no es tímida cuando se encuentra en un ambiente nuevo. Cuenta con la habilidad para relacionarse con el sexo opuesto.

(M) Abstracción=8: Persona abstraída, imaginativa, idealista, centrada en sus necesidades intimas, poco convencional, despreocupada de lo cotidiano, bohemia, motivada por sí misma, creadora, preocupada por lo esencial, despreocupada de personas particulares, y de la realidad física. Sus intereses se dirigen hacia su intimidad, su individualidad la empuja a verse excluida de las actividades del grupo. Generalmente es una persona entusiasmada, pero con ocasionales cambios histéricos de abandono. Es ideal para cargos de planeación, creativos y asesores, no compagina con lo comercial.

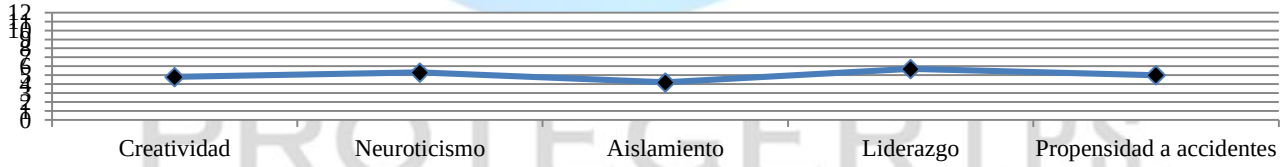
Puntuaciones Dimensiones Globales



Según lo reflejado en los elementos derivados del perfil se refleja que encuentra la vida gratificante y logra llevar a cabo lo que percibe como importante. Por otra parte, denota ser independiente, atrevido y emprendedor, orientado en ocasiones a buscar espacios en los que pueda probablemente mostrar estas conductas tomando considerablemente la iniciativa, Pero sin dejar atrás el soporte de su red de apoyo.

ANÁLISIS GRAFICO ECUACIONES DERIVADAS DEL PERFIL

Ecuaciones derivadas del Perfil



Se muestra como una Persona determinada, segura en el ámbito social, emprendedora y espontánea. Se encuentra dispuesto a intentar cosas nuevas, capaz de manejar clientes. Es capaz de soportar situaciones de presión y abrumadoras. Suele ser quien inicie una conversación con las personas que la rodean, se adapta con facilidad a un ambiente nuevo. Cuenta con la habilidad para relacionarse con el sexo opuesto. Además de ser imaginativa, idealista, centrada en sus necesidades personales, poco convencional, motivada por sí mismo, creadora, preocupada por lo esencial, despreocupada de personas particulares, y de la realidad física. Sus intereses se dirigen hacia su intimidad, en ocasiones su conducta individual lo refleja independiente sin necesidad del trabajo en equipo. Generalmente es una persona entusiasmada, Es ideal para cargos de planeación, creativos y asesores, no compagina con lo comercial.

}+

V. CONCLUSIONES:

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba, podemos considerar que el evaluado puede desempeñar su cargo como **INSTRUCTOR DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS,** puesto que es una persona independiente, objetiva y altamente eficiente, con enfoque espontaneo que refleja rasgos de líder, emprendedor y ser adaptable respetando las normas y leyes establecidas, se destaca su facilidad para relacionarse y adaptarse en los entornos nuevos y personas que finalmente es un fundamental para el cargo que va a ejecutar.

.

PROFESIONAL QUE EVALÚA:

JUAN ANDRES POVEDA RODRIGUEZ
Especialista en seguridad y salud en el trabajo
Rg No. 1018423128
Licencia No. 6232 de 14/10/2022

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

INTEGRIDAD PÚBLICA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Edwin Leonardo León Clavijo

C.C 88.240.089

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 01 de octubre 2023

Francisco Camargo Salas

Director de Empleo Público

Código: 761832920000