I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

1. No. Contrato o convenio y año:	N° *345* año *2019*
2. Nombre del contratista o conviniente:	*Marleny Foronda Zapata*
3. C.C o Nit	39356166

4. Plazo de Ejecución Contractual

Fecha de Suscripción:	15/01/2019
Fecha de inicio :	15/01/2019
Fecha de terminación:	31/08/2019

5. Modificaciones Contractuales (Prórroga, Adición, Suspensión o Modificación)

Tipo Modificación	Número	Tiempo (mes y días)	Fecha de Suscripció	Fecha de Finalización
NA	NA	NA	NA	NA

II BALANCE FINANCIERO

Concepto	Valor (cifras en miles de pesos)
6. Valor Inicial del Contrato o convenio	$ 37.395.467
7. Valor Adición (es)	$ 0
8. Valor Total del Contrato o convenio	$ 37.395.467

9. Balance de pagos (cifras en miles de pesos)

Pago No 1.	$ 2647467	Pago No 5.	$ 496400C
Pago No 2.	$ 4964000	Pago No 6.	$ 4964000
Pago No 3.	$ 4964000	Pago No 7.	$ 4964000
Pago No 4.	$ 4964000	Pago No 8.	$ 0

10. Sumatoria de No. de Pagos	$ 32.431.467
11. Saldo a Pagar	$ 4.964.000
12. Valor Total Pagado	$ 37.395.467
13. Saldo a Liberar	$ 0

III VERIFICACIÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

En mi calidad de supervisor certifico que verifiqué las obligaciones del CONTRATISTA O CONVINIENTE frente al pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social, encontrando que el mismo se encuentra a paz y salvo.

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER.
El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos.
En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen.
Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link:
http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

IV DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCIÓN DURANTE TODO EL PLAZO CONTRACTUAL

14. Actividad establecida en el contrato o convenio	Desarrollo de la Actividad
Actividad No 1. Desarrollar las actividades, acciones y metodologías definidas por la ARN para promover el desarrollo de capacidades y cubrir las necesidades e intereses de la población objeto de la ARN que se encuentren en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, Áreas de Reincorporación Grupal Distantes, Contexto Especial o de difícil acceso de manera dispersa en el territorio nacional.	*Durante la vigencia de este contrato se desarrollaron las siguientes actividades:* *Se atendió la solicitud, frente a la reanudación de la renta básica, de una de las personas que estaba detenida y le dieron libertad.* *Se atendieron los casos de Yonatan Estiben Garcia Montalvo y Jesus Adán Chavarría Castrillón, pues los dos tienen dificultades con el beneficio de la renta básica el primero desde el mes de enero de 2019 por un cambio de régimen y el segundo por un problema de cedula desde el mes de agosto de 2018.* *Se realizaron las acciones necesarias para vincular a 16 excombatientes a formación académica, en el proyecto nombrado arando "maestro itinerante".* *Se sensibilizo a las personas frente a la importancia de vincularse a formación para el trabajo belleza y estética, mecánica automotriz (motos), café especial, ganadería e internet; con el SENA y se realizaron las preinscripciones de las personas interesadas en vincularse a los procesos de formación* *Se acompañó a las profesionales de diseño y de enfoque diferencial a nivel central para realizar actividad con jóvenes entre 18 y 28 años, al interior del ETCR, con el fin de generar una estrategia diferencial de atención a los jóvenes, dando respuesta al conpes 3931, acción 4.33.* *Y, se sostuvo reunión el enlace FARC para ARN y diferentes líderes FARC en el ETCR para abordar diferentes temas, en la búsqueda de estrategias para cumplir con los objetivos de la reincorporación.*
Actividad No 2. Concertar las actividades dentro de los Procesos y Proyectos de la ARN, con la población objeto, de acuerdo a sus características y a las condiciones socioeconómicas y culturales del territorio en el que se encuentran y a la normatividad vigente, incluyendo a sus familias y a la comunidad local, que se encuentren de manera dispersa en el territorio nacional.	*Durante este periodo contractual se concertaron las siguientes actividades:* *Se realizó una revisión uno a uno de las personas que faltaban por aplicarles el RNRSe participó de reuniones de la junta de acción comunal de la vereda Santa Lucia y de la vereda San Agustín de Leones.* *De igual manera se participó de reuniones inter institucionales.* *También, se sostuvo reunión con el profesional de comunidades del GT, con el propósito de llevar un proyecto de mujeres al ETCR Santa Lucia, proyecto*

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER.
El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos.
En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen.
Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link:
http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

	que posteriormente fue socializado al interior del ETCR con los líderes. *Y, de la reunión de la mesa de reincorporación de género, con el fin de planear las actividades a realizar en el festival del cuidado en el ETCR, el día 17 de agosto de 2019*
Actividad No 3. Implementar y desarrollar cada una de las acciones y/o actividades (atención, gestión, acompañamiento) que se encuentren en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, Áreas de Reincorporación Grupal Distantes, Contexto Especial o de difícil acceso de manera dispersa en el territorio nacional.	*Para este contrato se implementaron y/o se desarrollaron las siguientes acciones o actividades:* *Se realizaron RNR a personas objeto de atención ubicadas en el ETCR o veredas aledañas.* *Se reportaron cambios de residencia de personas que se movilizaron a otros municipios dentro de la zona de injerencia del GT o pro fuera de este.* *Se notificaron decisiones sobre beneficio económico a diferentes personas en reincorporación.* *SE resolvieron dudas sobre participación política previa consulta con el área jurídica.* *Se participó de la evaluación que realizaron al proyecto arando la educación vigencia 3.* *Se acompañó el evento de divulgación tecnológica dictado por el Sena.* *Se participó de entrega simbólica de libros realizada por el banco de la republica a través de ONU, estos libros servirán de insumo para la ludoteca ubicada al interior del ETCR Santa Lucia*
Actividad No 4. Promover y fomentar el acceso de la población objeto de la ARN y su grupo familiar a los diferentes servicios ofertados por las entidades públicas, privadas, academia, tercer sector u otros, en el marco de los programas implementados por la ARN que se encuentren en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, Áreas de Reincorporación Grupal Distantes, Contexto Especial o de difícil acceso de manera dispersa en el territorio nacional.	*Durante este periodo contractual se:* *Participo de reunión interinstitucional citada por consejo noruego, para evaluar el proceso de Arando la educación.* *Se resolvieron casos de salud de menores de edad y recién nacidos. Además, se acompañaron brigadas de salud programadas por el hospital San Juan de Dios Ituango. Y se realizó listado censal de personas interesadas en hacer traslado de EPS* *Se compilo documentos de identidad para los cursos de belleza y estética, mecánica de motos y café especial.* *Se atendieron personas que viven en veredas aledañas al ETCR, con movilidad de la profesional facilitadora.*

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER.
El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos.
En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen.
Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link:
http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

Actividad No 5. Facilitar el acceso y permanencia de la población objeto de la ARN y de sus grupos familiares, a las diferentes actividades dentro de los Procesos y Proyectos de la ARN, acorde con sus potencialidades, competencias, su contexto socioeconómico y la normatividad vigente, que se encuentren en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, Áreas de Reincorporación Grupal Distantes, Contexto Especial o de difícil acceso de manera dispersa en el territorio nacional.	*Para este periodo contractual se:* *Reviso y estableció el número de personas que faltaban por RNR.* *Apoyaron actividades académicas de formación básica y de formación complementaria, como, asesorías en talleres y tareas, manejo de algunas herramientas en tecnología e informática* *Se acompañaron actividades deportivas de personas en proceso de reincorporación.* *Consolido el grupo de maestro itinerante y se acompañó el primer encuentro.*
Actividad No 6. Aportar en la implementación de estrategias territoriales de convivencia, reconciliación, así como a los Procesos y Proyectos de la ARN incluyendo los comunitarios, a partir de las necesidades priorizadas de la población objeto de la ARN, su grupo familiar y la comunidad local, que se encuentren en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, Áreas de Reincorporación Grupal Distantes, Contexto Especial o de difícil acceso de manera dispersa en el terntorio nacional.	*Se participó de actividades como:* *Reunión con líder de la comunidad con el fin de plantear la importancia de unir esfuerzos entre habitantes del ETCR y del centro poblado de la vereda Santa Lucia.* *Asistir a reuniones de estrategia de seguridad denominada "carpa azul", realizadas en el ETCR Santa Lucia.* *Acompañamiento y participación de convites comunitarios.* *Conversatorio con la defensoría del pueblo el cual se realizó con líderes del ETCR y de la comunidad, con el propósito de identificar las dificultades que se tiene como comunidad en el marco del ejercicio electoral. Y, socialización de una investigación realizada por el instituto Kroc, sobre bajo la mirada de la implementación del acuerdo de paz.* *Se acompañó la entrega de ayudas recolectadas por transituango, con el fin de ayudar y/o mitigar un poco la preocupación por el sustento de las personas que permanecen el centro poblado dela vereda Santa Lucia, en las cuales hay 8 personas en reincorporación.* *Se asistió a varias reuniones con el colectivo Amaranta, con el proposito de fortalecer sus objetivos al interior del ETCR, pero primordialmente que se*

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER.
El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos.
En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen.
Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link:
http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

	cumplan los objetivos de cada una de las personas que conforman el colectivo.
Actividad No 7. Realizar visitas domiciliarias y visitas institucionales de acuerdo a las necesidades de la población en el marco de los distintos Procesos y Programas implementados por la ARN que se encuentren en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, Áreas de Reincorporación Grupal Distantes, Contexto Especial o de difícil acceso de manera dispersa en el territorio nacional.	*En el marco de la aplicación de los RNR, se pudo visitar las viviendas de algunas de las personas objeto de atención por parte de ARN.* *Se realizó visita domiciliaria a la casa del señor, Ricardo Antonio Chavarría Vera, tío de una de las personas en proceso, pues el señor llego con problemas de salud que le impedían movilidad. El propósito de esta fue verificar su condición médica para solicitar vehículo de ambulancia.* *Se visitó a la JAC de la vereda, pues a la vereda llegara cursos complementarios y de formación técnica en los que se inscribirán personas de la población objeto.* *Se sostuvo reunión con el presidente de la JAC de la vereda San Agustín de leones, el propone realizar una actividad comunitaria para poder fortalecer el proceso de reincorporación de la población objeto que reside allí, con la ayuda del docente y los estudiantes.* *Se participó de la reunión convocada por el gerente del hospital San Juan de Dios en las instalaciones del hospital.* *Se participó de visita institucional al padre de la parroquia Santa Lucia, citada por el coordinador de confraternidad carcelaria de Colombia - CCC, para poder revisar el proceso del lote donde se construirá el colegio.* *Se visitó las diferentes sedes de la IER La Perez, con el fin de conseguir los certificados de estudio y de mirar procesos de personas del proceso.*
Actividad No 8. Realizar el registro de la información según establezca la ARN, de forma oportuna, confiable, y veraz, en lo referente a los Programas implementados por la ARN en los cuales se participe.	*Se realizó registro de información, en los formatos diseñados desde el nivel central, de manera oportuna de:* *Matriz de reincorporación* *Planillas de atención psicosocial* *Informe Carpa azul* *Hitos semanales* *Ficha camino diferencial de vida*

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER.
El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos.
En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen.
Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link:
http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

	Planillas de educación básica primaria y secundaria. *Planillas de educación complementaria con el SENA*
Actividad No 9. Dar trámite a los documentos según procedimientos y plazos establecidos dentro de los lineamientos de gestión documental establecidos por la ARN, propendiendo por la correcta gestión de los mismos.	*Se digito en formato vigente, y se envió al profesional responsable de gestión documental, las actas de asistencia a diferentes reuniones con listados de asistencia si ello lo requería, de los diferentes meses del contrato vigente.*
Actividad No 10. Participar en los diferentes espacios de trabajo que establezca el Supervisor del contrato y rendir en forma oportuna los informes que le sean solicitados y participar en la elaboración de aquellos informes que por su contenido y naturaleza estén dentro del ámbito del objeto contratado.	*Se participó de las siguientes actividades:* *Reuniones:* *De equipo encabezadas por los coordinadores encargados del GT Antioquia – Chocó.* *Con asesores de ruta.* *Facilitadores* *De articulación* *Actualización censo de la población ubicada en el ETCR.* *Se dio respuesta a las siguientes solicitudes:* *Eventos semanales a realizar en el territorio* *Se dio respuesta a solicitud de micro focalización para el tema de género* *Se realizó inducción en territorio de manera contextual al facilitador Pablo Jose Laverde* *Se realizó una redistribución de personas asignadas teniendo en cuenta la llegada del facilitador nuevo* *Se realizó la evaluación tripartita de salud correspondiente.* *Se participó de los CTR.*
Actividad No 11. Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo al objeto del presente contrato.	*Se dio respuesta a las siguientes solicitudes de información:* *Subdirección administrativa.* *Procuraduría* *Al grupo territorial, el día 12 de febrero, personas que faltan por acreditación.* *Se realizó visita a la vereda El Cedral.* *reunión convocada por representante de Alianza Territorios Vivos.* *se realizó un breve informe, sobre la certificación y graduación del proyecto Arando la educación.* *Reuniones de articulación territorial.* *Actividades comunitarias.*

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER.
El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos.
En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen.
Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link:
http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

	Se dio respuesta a solicitud de información de la ONU. *Se verifico en la página de la registraduría, a las personas objeto de atención, para identificar si su cedula está inscrita y si presentan alguna inhabilidad jurídica para ejercer el derecho al voto.* *Se diligencio formato de retroalimentación del enlace de reincorporación.* *Se dio respuesta a solicitud de información para mesa de reincorporación de género.* *Se dio respuesta a correo de identificación de líderes.* *Se participó del primer comité técnico para el proyecto de Gallinas ponedoras del ETCR Santa Lucie de Ituango con PMA.*
Cumplimiento de las obligaciones generales contenidas en el contrato.	*Se cumplió con la cláusula segunda, obligaciones del contratista, numeral I. obligaciones generales, Ítem 3 al 26.*

V LOGROS O METAS CUMPLIDAS

15. Meta o logro cumplido	Relación de archivos magnéticos en lo que se entrega la información
Meta o logro No 3. Se aplicaron 31 RNR	Ver: En verificables febrero Obligación 3 verificable 2 RNR REALIZADAS (AVANCE), (Carpeta correo). En verificables mayo Obligación 3 Verificable 1 RNR Realizadas, (Carpeta correo). En verificables agosto Obligación 3 Verificable 2 RNR realizado Fray Andrey, (Carpeta correo).
Meta o logro No 2. Consolidar información para el curso de belleza y estética.	Ver en verificables junio: Obligación 4 Verificable 1 Listado personas curso belleza y estética, (PDF).
Meta o logro No 3. Consolidar información para el curso de mecánica de motos	Ver en verificables julio: Obligación 4 Verificable 1 RE Curso motocicletas, (Carpeta correo).
Meta o logro No 4. Consolidar información para el curso de mecánica de motos	Ver en verificables agosto: Obligación 4 Verificable 2 Copias de cédula curso café, (Carpeta correo).
Meta o logro No 5. Consolidar información para el proyecto "maestro Itinerante" a ejecutar por la UNAD	Ver en verificables junio: Obligación 4 Verificable 1 Listado personas curso belleza y estética, (PDF).
Meta o logro No 6. Se realizó actividad comunitaria en la vereda San Agustín de Leones.	Ver en verificables Mayo: Obligación 11 Verificable 2 Registro fotográfico actividad comunitaria vereda San Agustín de Leones

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER.
El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos.
En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen.
Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link:
http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

VI ACTIVIDADES PENDIENTES Y ACCIONES CORRECTIVAS

16. Actividad (es) Pendiente (s)

Asunto o tema	Estado Actual	Acciones recomendadas a Seguir
Asunto 1.	NA	NA
Asunto 2.	NA	NA

17. Acciones Correctivas Tomadas para Garantizar el Cumplimiento del Contrato o convenio

Nº	Problema identificado que afectó la ejecución del contrato	Justificación	Acciones implementadas para solucionar los problemas identificados
	NA	NA	NA

VII INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO AL CUAL SE REALIZÓSUPERVISIÓN (En caso de haber supervisado Contratos).

Contrato N°____	Nombre del Contratis	Estado actual
NA	NA	NA

En mi calidad de supervisor del contrato o convenio antes relacionado, certifico que el objeto y obligaciones se cumplieron en las condiciones pactadas, por lo cual se autorizaron los pagos. Los informes de las actividades mensuales y el Informe Final de actividades, reposan en la carpeta de cada uno los contratistas.

VIII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Durante este periodo se logró acompañar diferentes acciones que permitieron dar cumplimiento a las solicitudes de reincorporación, se planearon algunas actividades en compañía de los líderes y se planearon y ejecutaron actividades comunitarias en búsqueda de la reconciliación con la comunidad receptora.

Se recomienda que loso acuerdos que se den al interior de los CNR, se den a conocer de manera oportuna, que se pueda socializar los nuevos cambios para el proceso de reincorporación.

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER.
El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos.
En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen.
Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link:
Http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

IX CERTIFICACIÓN

En mi calidad de supervisor del contrato o convenio, certifico que el objeto y obligaciones se cumplieron a satisfacción en el 100% de las actividades, por lo cual se autorizaron los pagos. Los informes de las actividades mensuales, reposan en el expediente del contrato o convenio.

X INCUMPLIMIENTO

El contratista no tuvo incumplimiento al contrato o convenio. >>

XI "EVALUACION DEL BIEN SUMINISTRADO O DEL SERVICIO PRESTADO"

18. De acuerdo al cumplimiento del objeto contractual, se califica al contratista o conviniente de la siguiente manera:

Parámetros de calificación	% de Calificación
Calidad (1 al 100%)	80 %
Seriedad (1 al 100%)	90 %
Cumplimiento de sus obligaciones (1 al 100%)	90 %

Para constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los 30/08/2019

FIRMA DEL SUPERVISOR
No. cédula: 71194441

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER.
El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos.
En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen.
Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link:
http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

Omnisalud
Para todo la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
PARTICULAR MEDICINA				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
9998			Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
FORONDA ZAPATA MARLENY	CC 39356166	41 AÑOS	FEMENINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Medellin	Girardota	CASADO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
	VEREDA SAN DIEGO	3004431133
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
	MAGISTER	A

Indice de masa corporal IMC	Hijos	EPS
28.8	1	Salud Total

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha de Realización	Hora Ingreso	Hora Salida
(102) FACILITADOR	2017-09-06	09:03	10:43

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

EXAMEN MÉDICO DE INGRESO

DIAGNÓSTICO

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO	

VACUNACIÓN

- **VACUNA ANTITETANICA:** SE APLICA
- **VACUNA FIEBRE AMARILLA:** SE APLICA

EXÁMENES REALIZADOS

- **PSICOTECNICA:** SE REALIZA
- **OPTOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **HISTORIA CLINICA INICIAL:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
MEDICAS PERSONALES
BAJAR DE PESO, SE INDICA HÁBITOS SALUDABLES DE VIDA, REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS, SE FOMENTA HÁBITOS SALUDABLES DE TRABAJO. ALIMENTACIÓN BALANCEADA./
OCUPACIONALES PREVENTIVAS
CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD INDICADA PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR./
CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/
SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD DEL TRABAJO /
OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA
SE SUGIERE CONTROL ANUAL DE OPTOMETRÍA/
RECOMEDACIONES GENERALES
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 POR LAS ESCALAS, PISOS IRREGULARES Y POR LAS VÍAS PÚBLICAS. CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD DE MANEJO O MANIPULACIÓN DE CARGAS (HOMBRE O MUJER). EVITE PERMANECER EN LA MISMA POSICIÓN DE PIES, EN FORMA PROLONGADA. REALIZAR DESPLAZAMIENTOS CORTOS EN EL PUESTO DE TRABAJO. MANTENGA BUENA HIGIENE POSTURAL UBICANDO ADECUADAMENTE LA PANTALLA DE SU MONITOR UTILIZAR PROTECCIÓN RESPIRATORIA Y AUDITIVA TIPO SILICONA EN AMBIENTES RUIDOSOS O CON PRESENCIA DE MATERIAL PARTICULADO NO MANTENER POSTURAS FORCIDAS EN NINGUNA PARTE DEL CUERPO (CUELLO, MANOS, ESPALDA) UTILIZAR LA DOTACIÓN Y LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR EL EMPLEADOR. REALICE EJERCICIO Y BUENOS HÁBITOS DE VIDA./

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO

OBSERVACIONES FINALES

las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, son cumpliendo el decreto 1072 del 2015 para retroalimentar los SVE y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Soc al (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) 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.

CAÑAVERAL ARIAS LUZ MARIA
42731968
R.M.: 5-0112

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 39086166

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

Omnisalud

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2
DIRECCIÓN: CR 49 N 49 24 2DO PISO
TELÉFONO: 4481044



No. Documento:	CC 39356166
Nombre Paciente:	FORONDA ZAPATA MARLENY
Edad:	41 AÑOS
Fecha:	2017-09-06 10:43
Empresa / Cliente:	PARTICULAR MEDICINA
Plan:	PLAN PARTICULAR MEDICINA PLAN GENERICO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

FC: 77, FR: 17, TA: 111/60, T°: 37, PESO: 72, TALLA: 1.58, IMC: 28.8, PERI. ABDOMINA: 0

TAMIZAJE VISUAL

VISION LEJANA OD: 20/20, , VISION LEJANA OI: 20/20, , VISION LEJANA AO: 20/20.

VISION CERCANA OD: 20/25, , VISION CERCANA OI: 20/25, , VISION CERCANA AO: 20/20.

ESTADO ACTUAL

ESTADO ACTUAL: buenas condiciones generales , estable hemodinamicamente

PIEL Y ANEXOS

CICATRICES: NO , TATUAJES: NO, , CICATRIZ QUELOIDE: NO , LIQUENIFICACION: NO ESCLEROSIS: NO

QUERATODERMIA: NO, LUNARES: NO, CLOASMA: NO MANCHAS: NO FIBROMAS: NO

ALERGIAS: NO, ECCEMAS: NO ACNE: NO ALTERACION EN LAS UÑAS: NO RESEQUEDAD EN MANOS: NO

PIERCING: NO, ; PALIDEZ: NO, , HIPERPIGMENTACION: NO, TELEANGIECTASIA: NO NODULOS: NO

RONCHAS: NO, ; VERRUGAS: NO, , ECCEMAS: NO, , ACNE: NO, , RESEQUEDAD EN LA PIEL: NO,

LESIONES EN MANOS: NO, ; OTRAS LESIONES: NO,

OBSERVACIONES:

CABEZA

Boca

Alteración labios: NO, ; Alteración lengua: NO, ; Alteración amigdalas: NO, ; Alteración faringe: NO, ; Alteración en la fonacion: NO,

Nariz

Alteraciones en el tabique: NO, ; Alteraciones en cornetes: NO, ; Alteraciones de las mucosa: NO,

Oidos

Alteraciones del pabellón: NO, , Alteraciones del cond auditivo: NO, ; Alteraciones del timpano: NO,

Ojos

Alteraciones parpado: NO, , Alteraciones de la conjuntiva y esclera: NO, , Alteraciones pupila: NO Alteraciones Fondo de ojo: NO

Observación:

CUELLO

Adenopatias: NO, , Deformidades: NO, ; Alteración en los movimientos: NO , Signo de Spurling positivo: NO Compresión axial positivo NO Soplos NO masas N

Observación:

CARDIORESPIRATORIO

Alteraciones anatómicas del torax: NO, ; Alteraciones en los ritmos cardiacos: NO Alteración en la auscultación pulmonar NO

Observación: auscultacion cardiopulmonar normal ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, no s3 pulmones bien ventilados sin agregados

ABDOMINOPELVICA

Dolor: NO Masas: NO Hernia umbilical: NO Hernia epigástrica: NO Hernia inguinal: NO

varicocele: NO, , hidrocele: NO, ; Hernia inguinoescrotal: NO, , Alteración testicular: NO

Observación:

M. SUPERIOR

HOMBRO

Alteracion en la Flexión (Derecho): NO, , Alteracion en la Flexión (Izquierdo): NO,

Alteracion en la Extensión (Derecho): NO, ; Alteracion en la Extensión (Izquierdo): NO,

Alteracion en la Abducción (Derecho): NO, ; Alteracion en la Abducción (Izquierdo): NO,

Alteracion en la Aducción (Derecho): NO, ; Alteracion en la Aducción (Izquierdo): NO,

Alteracion en la Rotacion Int (Derecho): NO, ; Alteracion en la Rotacion Int (Izquierdo): NO,

Alteracion en la Rotacion ext (Derecho): NO, ; Alteracion en la Rotacion ext (Izquierdo): NO,

Alteracion en la Fuerza Muscular (Derecho): NO, , Alteracion en la Fuerza Muscular (Izquierdo): NO,

Alteracion en la ROT (Derecho): NO, , Alteracion en la ROT (Izquierdo): NO

Test de neer Positivo (Derecho): NO, , Test de neer Positivo (Izquierdo): NO,

Test de gerber Positivo (Derecho): NO , Test de gerber Positivo (Izquierdo): NO

Atrofia muscular (Derecho): NO, , Atrofia muscular (Izquierdo): NO.

CODO

Alteracion en la Flexión (Derecho) : NO, , Alteracion en la Flexión (Izquierdo): NO

Alteracion en la Extensión (Derecho) : NO, , Alteracion en la Extensión (Izquierdo): NO.

Alteracion en la Pronación (Derecho) : NO, ; Alteracion en la Pronación (Izquierdo): NO.

Alteracion en la supinación (Derecho) : NO, Alteracion en la supinación (Izquierdo): NO.

Dolor a la palpacion (Derecho): NO, : Dolor a la palpacion (Izquierdo: NO.

Prueba Thompson Positivo (Derecho): NO, ; Prueba Thompson Positivo (Izquierdo): NO.

Deformidad (Derecho): NO, : Deformidad (Izquierdo): NO.

Atrofia muscular (Derecho): NO, , Atrofia muscular (Izquierdo): NO.

MANO,MUÑECA Y DEDOS

Alteracion en la Flexión (Derecho): NO, Alteracion en la Flexión (Izquierdo): NO.

Alteracion en la Extensión (Derecho): NO, : Alteracion en la Extensión (Izquierdo): NO.

Alteracion en la Desviación radial (Derecho): NO, , Alteracion en la Desviación radial (Izquierdo): NO.

Alteracion en la Desviación cubital (Derecho): NO, ; Alteracion en la Desviación cubital (Izquierdo): NO.

Alteracion en la Fuerza muscular (Derecho): NO, , Alteracion en la Fuerza muscular (Izquierdo): NO

Signo de tinnel Positivo (Derecho): NO, , Signo de tinnel Positivo (Izquierdo): NO

Signo de phanel Positivo (Derecho): NO, , Signo de phanel Positivo (Izquierdo): NO

Signos de quervains Positivo (Derecho): NO, , Signos de quervains Positivo (Izquierdo): NO.

Alteracion en la Flexion de dedos (Derecho): NO, : Alteracion en la Flexion de dedos (Izquierdo): NO

Alteracion en la Extensión de dedos (Derecho): NO, : Alteracion en la Extensión de dedos (Izquierdo) NO

Amputaciones en dedos (Derecho): NO, Amputaciones en dedos (Izquierdo): NO

Observacion:

M. INFERIOR

CADERA

Prueba de psoas: NO, Alteración en la rotación interna: NO, , Alteración en la rotación externa: NO, , Hiperflexion limitada: NO

Roce femoroacetabular: NO, : Alteración en adducción: NO, : Alteración en la rotación: NO, ; Otros: NO,

RODILLA

Genu valgo: NO , Genu varo: NO, , Prueba de apley Positivo: NO,

Prueba de Lachman Positivo: NO, ; Prueba de Pivot shift Positivo: NO, ; Prueba de crepitación Positivo: NO, ; Cajón Anterior Positivo: NO, ; Cajón Posterior Positivo: NO,

Bostezo medial Positivo: NO, , Bostezo lateral Positivo: NO, ; Mc Murray Positivo: NO, ; Deformidad: NO, ; Atrofia muscular: NO, , Otros: NO,

TOBILLO

Alteración Flexion: NO, , Alteración Dorsiflexion: NO, ; Alteración Supinación: NO, ; Alteración inversion: NO,

Alteracion eversion: NO, , Alteración aducción: NO, ; Prueba de soleos (+): NO, ; Prueba de gemelos (+): NO,

Bostezo medial Positivo: NO, , Bostezo lateral Positivo: NO, ; Edema: NO, ; Deformidad: NO, ; Otros: NO,

PIES

Alteración en los movimientos: NO, , Pie plano: NO, ; Amputación: NO,

Alteración en la marcha: NO , Alteración en marcha en puntas: NO, ; Alteración en marcha en talones: NO, , Otros: NO,

Observaciones:

COLUMNA VERTEBRAL

Test de Shobergs positivo: NO, , Alteración en la rotación: NO, ; Alteración en la flexión: NO, , Cifosis: NO

Lordosis: NO, , Aplanada: NO , Cifolordotica: NO, , Escoliosis dorsal: NO,

Escoliosis lumbar: NO, Signo de comprensión radicular: NO, Lasegue positivo: NO, Flexibilidad de Wells : SI, , Otros: NO

Observaciones:

VASCULAR

Alteracion en los pulsos: NO, ; Clanosis distal: NO, ; Venas varicos.: NO, Teleangioctasias: NO

Edema: NO Ulceras: NO, ; Maniobras de homans positiva: NO, , Otros: NO

Observaciones:

NEUROLOGICO

Alteracion en el lenguaje: NO, ; Alteracion aspecto y conducta: NO, , alteracion del estado del animo: NO, , Alteracion en las actividades congnitivas: NO, Alteracion en la vision cromatica: NO,

presencia de dolor: NO, , Alteraciones en las 3 esferas: NO, , Alteración en los pares craneales: NO, , Alteración en la fuerza muscular: NO, , Alteración del tono muscular: NO,

Alteración en los ROT: NO, , Alteración en la sensibilidad propioceptiva: NO, ; Alteración en la sensibilidad esteroceptiva: NO, , Signo de romber Positivo: NO, ; Prueba indico-nariz y talon-rodilla: NO,

Disdiadocosinecia: NO, ; adiadococinesia: NO, ; Nistagmus: NO, ; Marcha atáxica: NO, ; signo de Radiculopatia: NO, ; Clonus positivo: NO,

Alteracion en apoyo unipodal: NO, , Tanderm positivo: NO, ; Unterberger positivo: NO, , Otros: NO,

Observación:

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO E.F.: OTROS TIPOS DE HIPERALIMENTACION ESPECIFICADOS (E678)2017-09-06 ASTIGMATISMO (H522)2017-09-06

ANALISIS Y OBSERVACIONES DE LA EVALUACION MEDICA

ANALISIS Y OBSERVACIONES DE LA EVALUACION MEDICA: optometria con astigmatismo leve sobre peso examen fisico normal

CAÑAVERAL ARIAS LUZ MARIA
CC 42731988
R.M.: 5-0112

FIRMA DEL TRABAJADOR

Omnisalud

FICHA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2
DIRECCIÓN: CR 49 N 49 24 2DO PISO
TELÉFONO: 4481044

No. Documento:	CC 39356166
Nombre Paciente:	FORONDA ZAPATA MARLENY
Edad:	41 AÑOS
Fecha:	2017-12-02 08:54
Empresa / Cliente:	PARTICULAR MEDICINA
Plan:	PLAN PARTICULAR MEDICINA PLAN GENERICO



AUDIOMETRIA

ANTECEDENTES

MENINGITIS: NO SARAMPION: SI. ACUFENOS: NO

EXPOSICION A EXPLOSIONES: NO; VERTIGO: NO; ALERGIAS RESPIRATORIAS: SI

CIRUGIA DE OIDO: NO; OTITIS: NO; PAROTIDITIS: SI

OTALGIA: NO RUBEOLA: NO. AMIGDALECTOMIA: NO

DROGAS OTOTOXICAS: NO; SORDERA FAMILIAR: NO; TUBERCULOSIS: NO

TRAUMA CRANEOENCEFALICO: NO; HIPERTENSION: NO; VARICELA: SI

TRAUMA ACUSTICO: NO; DIABETES: NO; PARALISIS FACIAL: NO

OBSERVACIONES: ASMA

EXPOSICION A RUIDO NO INDUSTRIAL:

MUSICA AUDIFONOS: NO; TRABAJO CON MAQUINARIA: NO

CAZA: NO; TEJO: NO

SERVICIO MILITAR: NO; USA MOTO: NO

DISCOTECA: NO. OTROS: NO. ESPECTACULOS RUIDOSOS: NO

OBSERVACIONES: NO REFIERE

OTOSCOPIA:

PABELLON AURICULAR OD: NORMAL. , PABELLON AURICULAR OI NORMAL .

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OI: Normal. , CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OD Normal

TAPON DE CERUMEN OI: NO. TAPON DE CERUMEN OD: NO

MEMBRANA TIMPANICA OI: NO. MEMBRANA TIMPANICA OD: NO

OBSERVACIONES: NORMAL

HISTORIA OCUPACIONAL:

EMPRESA: ; CARGO: ; TIEMPO DE EXPOSICION 1 (MESES): ; TIEMPO DE EXPOSICION (AÑOS): . PROTECCION AUDITIVA 1. NO

EMPRESA: ; CARGO: ; TIEMPO DE EXPOSICION 2 (MESES): ; TIEMPO DE EXPOSICION (AÑOS): ; PROTECCION AUDITIVA 2 NO

OBSERVACIONES: NO REFIERE

CLASIFICACIÓN LARSEN:

Larson OD. NORMAL: SI. III: NO. II: NO. I: NO. ; Larson OI: II: NO. III. NO. I: NO. NORMAL . SI.

RESULTADO

AUDICION NORMAL

RECOMENDACIONES

- Su capacidad auditiva es adecuada para su ocupación cumpliendo a los PVE.

Entidad de riesgos Laborales: NA.

Segunda Empresa

Empresa: , **Fecha:** , **Causa:** , **Lesión:** **Parte Afectada:** **Tiempo Incapacidad:** **Secuelas:**

Entidad de riesgos Laborales: NA.

Continua en controles y con manejo con su ARL: ; NO REGISTRO.

ENFERMEDAD LABORAL

ENFERMEDAD LABORAL: NO.

Primera Empresa

Empresa: ; **Fecha:** ; **Causa:** ; **Lesión:** ; **Parte Afectada:** ; **Tiempo Incapacidad:** ; **Secuelas:**

Entidad Promotora de Salud: ; NO REGISTRO, ; **Administradora de Riesgos Laborales:** ; NO REGISTRO,

RIESGOS AL CARGO LABORAL QUE VA DESEMPEÑAR

Informacion Ocupacional Actual

Descripcion del cargo: facilitadora proceso de reincorporacion; **Equipos o Herramientas Utilizadas:** **Area de Trabajo:** Administrativo NO, Operativo SI, Ambos NO

; Control Medio: NO, Ninguno, NO, Control Fuente. NO, **Usa Elementos de Proteccion Personal** NO, ; **Tiempo de Exposición:**

Factores de Riesgo

Biologicos: Ninguno SI, Parásitos NO, Fluidos o Excrementos NO, Mordeduras NO, Virus NO, Bacterias NO, Picaduras NO, [illegible] NO, Parasitos NO, Fisicos [illegible] SI, Radiacion Ionizante NO, Iluminación NO, Vibración: NO, Ruido NO, Presion Atmosferica NO, Temperaturas Extremas NO, Radiaciones No Ionizantes NO, Quimicos [illegible] Humos metalicos, no metalicos NO, Polvos NO, Material Particulado NO, Ninguno SI, Gases NO, Liquidos (Nieblas y Rocios) NO, Fibras NO, **Biomecanicos** [illegible] NO, Manejo de Cargas NO, Mov. Repetitivos, NO, **Posturas Forzadas:** SI, Ninguno NO, Trabajo Estatico NO, Trabajo Sedente NO, **Psicosociales:** Relaciones Humanas [illegible] Administrativa: NO, Secretos del Producto: NO, Ninguno: NO, Organizacion del Tiempo NO, Secretos del Proceso NO, Contenido de la Tarea SI, Riesgo contra Persona NO **Condiciones de Seguridad:** Tecnologico: NO, Locativo SI, Trabajo en espacio Confinados NO, Trabajo en Alturas NO, Electrico NO, Publicos SI, Accidentes de transito [illegible] NO, Ninguno NO, ; **Fenomenos Naturales:** Precipitaciones, NO, Terremoto NO, Vendaval NO, Derrumbe NO, Ninguno NO, Sismo SI, Inundacion NO

ELEMENTOS DE PROTECCION QUE UTILIZARA

Elementos de porteccion Usados: Ninguno SI, Protectores Auditivos: NO, Casco NO, Arnes: NO, Careta NO, Ropa Protectora Especial: NO, Gafas NO, Guantes NO, Mascarilla NO, Botas, Zapatos Puntera Reforzada NO, Polainas: NO, Delantal NO,

HABITOS DE VIDA PERSONAL

Tipo de Fumador: No Fumandor: SI, Ex-Fumador. NO, Fumador: NO, Fumador Ocacional NO, , **Años de Suspención del Habito:** , **Años de Fumador:** **No Cigarrillos al Dia**

Tiempo de Bebedor: Bebe Ocasional: SI, Bebedor NO, Ex-Bebedor, NO, No Bebe NO, , **Tipo de Licor:**

Frecuencia: Ocasional: SI; Mensual: NO, Semanal, NO, Quincenal: NO, Diaria: NO ; **Años de Habito:** , **Años de Suspencion:**

: ¿Ha tenido problema con la bebida?: NO, ; **Observaciones:**

Hábitos Farmacologicos: Toma algun medicamento Regularmente: NO, ; **Observaciones:**

Deporte: SI; **Frecuencia:** Quincenal, NO, Diaria, NO, Semanal: NO, Ocasional: SI, Mensual: NO,

Consumo de Psicotropicos: NO

CAUSA DE AUSENTISMO LABORAL

Causa de ausentismo laboral: NO,

Patologia: ; **Dias de Incapacidad:** ; **Controles:** ; **Condición Actual:**

¿usted ha sido victima de crimenes de lesa humanidad?: ; NO REGISTRO, ; **¿usted ha sufrido o ha tenido problemas de violencia sexual? :** ; NO REGISTRO.

CAÑAVERAL ARIAS LUZ MARIA
CC 42731988
R.M., 5-0112

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA
NIT: 811037385-2
DIRECCIÓN: CR 49 N 49 24 2DO PISO
TELÉFONO: 4481044

Omnisalud



No. Documento:	CC 39356166
Nombre Paciente:	FORONDA ZAPATA MARLENY
Edad:	41 AÑOS
Fecha:	2017-09-06 10:29
Empresa / Cliente:	PARTICULAR MEDICINA
Plan:	PLAN PARTICULAR MEDICINA PLAN GENERICO

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

1. ANAMNESIS

USA CORRECCION OPTICA: SI CUAL: GAFAS TIPO USO: DESCANSO CIRUGIAS: NO REGISTRO ÚLTIMO CONTROL VISUAL: 1AÑO

CIRUGIA OFTALMOLÓGICA: NO. ACCIDENTES OCULARES: NO ENFERMEDADES OCULARES: NO. EN TRATAMIENTO: NO

PRUEBA CON CORRECCIÓN ÓPTICA: NO. CERCA_LEJOS: NO REGISTRO

2. LENSOMETRÍA

OJO DERECHO

ESFERA: NEUTRO CILINDRO: EJE_CN: TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

OJO IZQUIERDO

ESFERA: NEUTRO CILINDRO: -0.50 EJE: 0 TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

3. AGUDEZA VISUAL

OJO DERECHO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/70 , SIN CORRECCION (CERCA): 20/25, , CON CORRECCION (LEJOS): 20/20 CON CORRECCION (CERCA): 20/20 PH:

OJO IZQUIERDO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, , SIN CORRECCION (CERCA): 20/25, , CON CORRECCION (LEJOS): 20/20, , CON CORRECCION (CERCA): 20/20 , PH:

AMBOS OJOS

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, , SIN CORRECCION (CERCA): 20/20, , CON CORRECCION (LEJOS): 20/20, : CON CORRECCION (CERCA): 20/20,

4. EXAMEN EXTERNO

EXAMEN EXTERNO: NORMAL, : OBSERVACIONES: NINGUNA

5. EXAMEN MOTOR

COVER TEST

LEJOS: ORTHO CERCA: EXOFORIA

DUCCIONES

OJO DERECHO: NORMAL OJO IZQUIERDO: NORMAL

VERSIONES: NORMAL

TEST DE HIRSCHBERG

TEST DE HIRSCHBERG: CENTRADO, , NASAL TEMPORAL: NO REGISTRO OBSERVACIONES: NINGUNA

6. ESTADO REFRACTIVO

RETINOSCOPIA: DINAMICA

DERECHO

ESFERA: NEUTRO CILINDRO: , EJE: , AGUDEZA VISUAL: 20/20,

IZQUIERDO

ESFERA: NEUTRO CILINDRO: 0.50 EJE: 0, AGUDEZA VISUAL: 20/20

(SUBJETIVO) DERECHO

ESFERA: NEUTRO CILINDRO: , EJE: , ADICION: , AV LEJOS: 20/20 AV CERCA: 20/20

(SUBJETIVO) IZQUIERDO

ESFERA: NEUTRO CILINDRO: -0.50, EJE: 0, ADICION: , AV LEJOS: 20/20, AV CERCA 2: 20/20

7. OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: FON

OJO IZQUIERDO: FON

8. ESTEREOPSIS

SEGUNDOS DE ARCO: 40, , OBSERVACIONES: NINGUNA

9. VISIÓN CROMÁTICA

TEST ISHIHARA: NORMAL, OBSERVACIONES: NINGUNA

DIAGNÓSTICO

OPTOMETRIA_DIAGNOSTICO: ASTIGMATISMO (H522)2017-09-06 NINGUNA

CONDUCTA A SEGUIR

CORRECCION OPTICA: NO. : USO: : NO REGISTRO. .: FIJACION PROLONGADA.

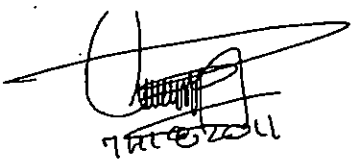
REMISION

REMISION: NO. . CUAL:

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

OPTOMETRIA_RECOMENDACIONES:



Hadwy M.-2.
CC 39386755

RODRIGUEZ GALAN CESAR LEONEL
CC 74182011
R.M. 11-1537-08

FIRMA DEL TRABAJADOR

Omnisalud

SEDE: CENTRO MEDICINA
PACIENTE: FORONDA ZAPATA MARLENY
EDAD: 41 AÑOS SEXO: F IDENTIFICACION: CC 39356165
TELEFONOS:
EMPRESA: PLAN PARTICULAR MEDICINA PLAN GENERICO

ORDEN No.: 168348
FECHA : 2017-12-02 09:57 AM
REMITENTE:

Análisis	Resultado	Valores de Referencia
QUÍMICA CLÍNICA		
PERFIL LIPIDICO		
NIVELES DE LOS LÍPIDOS EN SANGRE		
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL	25.6 mg/dl	Normal: 12-40
ÍNDICE ARTERIAL	4.4	1.0---5.0
TRIGLICÉRIDOS	126 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III Normal, menor 150 Limite alto 150-199 Alto 200-499 Muy alto mayor 500
ASPECTO DEL SUERO	TRANSPARENTE	
COLESTEROL TOTAL	255 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III. Deseable <200 Limite superior 200-239 Alto >240
LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD LDL	171.4 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III Optimo: menor a 100 Cercano a lo optimo: 100-129 Limte superior :130-159 Alto: 160-189 Muy alto : Mayor o igual 190
LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL	58 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III Bajo: menor a 40 Normal: 41-59 Deseable: Mayor o igual a 60

Bacteriólogo
ISAZA YEPES LEIDY JHOANA

Xoma

NOMBRE: Marleny Foronda Zapata

TELÉFONO:

HC: 39356166

Omnisalud
Para toda la vida
10 años

CARNET DE VACUNACION

	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
TETANOS	1 X	06 Sept 2017	17080316A	Edisonb
	2			
	3			
	4			
	5			

	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
FIEBRE AMARILLA	U 2	06 Sept 2017	M52293V	Edisonb

	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			

	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			

DIAGNÓSTICOS

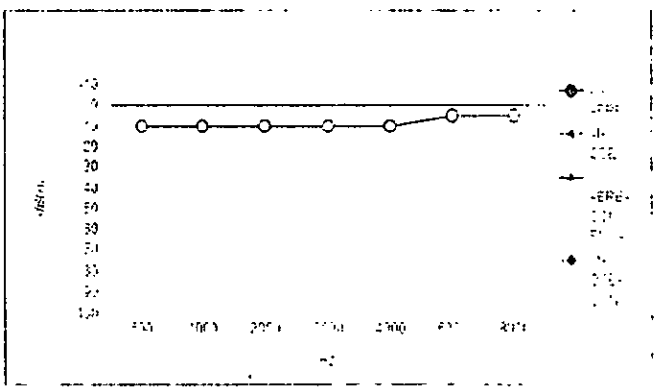
Diagnóstico:	(Z011) EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	Lateralidad:	BILATERAL

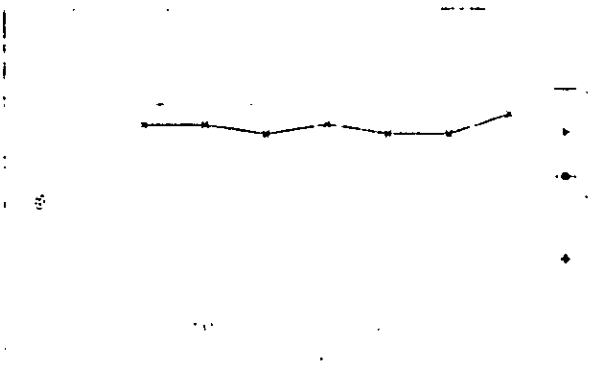
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VIA AEREA	10	10	10	10	10	5	5
VIA ÓSEA							
VIA AEREA CON							
VIA ÓSEA CON							

Factor de Prosbiacusia:	6
Promedio Tonal Auditivo OD:	10.0
Escala E.L.I. Oido Derecho:	A (EXCELENTE)
Gatiso Oido Derecho:	10.00
SAL:	A

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VIA AEREA	10	10	15	10	15	15	[illegible]
VIA ÓSEA							
VIA AEREA CON							
VIA ÓSEA CON							

Factor de Prosbiacusia:	6
Promedio Tonal Auditivo OI:	11.7
Escala E.L.I. Oido Izquierdo:	B (BUENO)
Gatiso Oido Izquierdo:	11.25
SAL:	A





Luz Henelda Marin H.
Fonoaudiologa
Reg: 5-0821-94
Especialista en S.O.T
Reg: 7309-19

MARIN HOYOS LUZ HENELDA
CC 42840815
R.M : 5-0821-94

C.C. 39380166

FIRMA DEL TRABAJADOR

Omnisalud

ORGANIZACION MEDICO QUIRURGICA
NIT: 811037385-2
DIRECCIÓN: CR 49 N 49 24 2DO PISO
TELÉFONO: 4481044



No. Documento:	CC 39356166
Nombre Paciente:	FORONDA ZAPATA MARLENY
Edad:	41 AÑOS
Fecha:	2017-09-06 10:38
Empresa / Cliente:	PARTICULAR MEDICINA
Plan:	PLAN PARTICULAR MEDICINA PLAN GENERICO

HISTORIA CLINICA INICIAL

HISTORIA CLINICA INICIAL

Entidad Promotora de Salud: Salud Total, Aseguradora de Fondo de Pensiones: NR Entidad de riesgos Laborales NA

ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA (Años): 0 (Meses): 0, MANO DOMINANTE: DERECHA ESTRATO: 3 HIJOS:

PRESENTA ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN EL MOMENTO DE ESTA CONSULTA MEDICA: NO OBSERVACIONES HISTORIA CLINICA [illegible]

ANTECEDENTES PERSONALES

RESPIRATORIAS: OTROS NO, BRONQUITIS NO RINITIS NO SINUSITIS NO TBC NO EPOC NO NEUMONIAS NO, ASMA NO GASTRCINTESTINALES GAS NO, COLITIS NO COLON IRRITABLE NO EDA NO OTROS NO , DERMATOLOGICOS: DERMATITIS SEBORREICA NO QUEMADURAS EXPET NO ALTERACIONES PIEL NO OTROS NO DERMATITIS DE CONTACTO NO DERMATITIS ATOPICA NO MICOSIS NO

CARDIOVASCULARES: ARRITMIAS CARDIACAS NO SOPLOS NO DOLOR DE PECHO NO AM NO FALLA CARDIACA NO [illegible] DISNEA DE GRANDES ESFUERZOS NO, ORTOPNEA NO, EDEMA DE M INFERIORES NO DISNEA DE MEDIANOS NO, CARDIOPATIAS NO PROCEDIMIENTOS VASCULARES NO VALVULAR NO DISNEA DE PEQUEÑOS NO, PROCEDIMIENTOS DE REVASCULARIZACION NO DM NO OTROS NO HTA NO GENITOURINARIO incontinencia urinaria NO calculos renales NO, Otros NO, Infecciones urinarias NO, insuficiencia renal NO EXT MIEMBRO SUPERIOR: artrosis NO lesiones del manguito rotador NO [illegible] epicondilitis NO Luxaciones de hombro NO, bursitis hombro NO, Túnel carpiano NO tendinitis NO Otros NO

EXT MIEMBRO INFERIOR: Artrosis NO TENDINITIS PATELAR NO lesiones meniscales NO Artrosis de cadera NO LCA LCP NO lesiones de rodilla (meniscopatias) NO Otros NO NEUROLOGICO: lesiones medula osea NO, Vertigo NO, Epilepsia NO hemiplejias hemiparesia NO Otros NO paralisis bell NO, guillan barre NO Migraña NO [illegible] hipoacusia Neurosensorial NO, COLUMNA VERTEBRAL: radiculopatias NO, Otros NO hernias discales NO, lumbagos NO ciaticas NO patologia discales NO hernias del nucleo pulposo NO,

PSIQUIATRICO: TAB NO Depresion NO, esquizofrenia NO, Otros NO ENDOCRINAS: Hipotiroidismo NO hipertiroidismo NO hipopituitarismo NO INMUNOLOGICAS FIBROMIALGIA NO OTRAS NO, AR NO, , QUIRURGICOS: Hombro NO, Fracturas NO, Corrección visual NO, Rodilla NO, Histerectomia NO Tunel carpiano NO Hernioplastia NO Columna NO Artroscopia NO, Apendicetomia NO, otros NO, Cardiacas NO, Colecistectomia NO,

HEMATOLOGICAS: ANEMIAS NO, LINFOMAS NO, LEUCEMIAS NO, PTI NO, ; OTRAS: HEPATITIS C NO, VIH NO, HEPATITIS B NO, , GINECOLOGICO: dismenorroas NO, sop NO miomas NO Otros NO, amenorreas NO, ; ALTERACIONES VISUALES: Cegueira NO, ambiopia NO, Astigmatismo NO, queratotomo NO, Miopia NO glaucoma NO otros NO Discromatopsia NO , ONCOLOGICOS:

OBSERVACIONES ANTECEDENTES PERSONALES: patológicos asma asintomatica hace 8 años ,alérgicos niega, quirúrgicos tubectomia, resección de lipoma NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO ENFERMEDADES LABORALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES: TIOS NO MADRE NO, ABUELO NO, PADRE NO, HERMANO NO, , HTA: PADRE SI, HERMANO SI, ABUELO NO TIOS NO, MADRE NO, INFARTOS: PADRE NO, TIOS NO HERMANO NO, ABUELO NO, MADRE NO , FALLA CARDIACA: HERMANO NO, MADRE NO, ABUELO NO, PADRE NO, TIOS NO TBC: PADRE NO, MADRE NO ABUELO NO, TIOS NO, HERMANO NO, , ARTRITIS: MADRE NO, PADRE NO, HERMANO NO TIOS NO ABUELO NO ASMA: ABUELO NO MADRE NO TIOS NO PADRE NO, HERMANO SI, , AC. V: HERMANO NO, MADRE NO, TIOS NO, ABUELO NO PADRE NO

EPILEPSIA: MADRE NO, HERMANO NO ABUELO NO, PADRE NO TIOS NO, ; NEUROLOGICAS: TIOS NO, PADRE NO ABUELO NO MADRE NO HERMANO NO TIPO DE NEUROLOGICAS NO , PSIQUIATRICAS: PADRE NO, HERMANO NO, MADRE NO, TIPO DE PSIQUIATRICAS NO ABUELO NO TIOS NO CANCER: PADRE NO MADRE NO TIOS NO, HERMANO NO, ABUELO NO TIPO DE CANCER NO

OBSERVACIONES ANTECEDENTES FAMILIARES: hta padre hermanos asma hermanos

COMPLEMENTACION GINECO-OBSTETRICOS

GRAVIDEZ: NO REGISTRO PARA: NO REGISTRO, ABORTO: NO REGISTRO, FUM: 2017-08-19 VIVOS:

MENARCA ULTIMA CITOLOGIA: ULTIMO PARTO: METODO DE PLANIFICACION, DIU NO Ninguno NO [illegible] inyectable NO

VACUNACION

VACUNACION: NO REGISTRO, Tetano: NO Aplicada: NO REGISTRO Hepatitis: NO Aplicada NO REGISTRO

Influenza: NO, Aplicada: NO REGISTRO Fiebre Amarilla: , Aplicada: NO REGISTRO

RIESGO A LOS CARGOS LABORALES ANTERIORES

Empresa 1: cim Cargo 1: profesional , consultora, Tiempo de exposición 1: 5 meses

Biologicos: Ninguno SI, Fluidos o Excrementos NO, Hongos NO, Ricketsias NO, Bacterias NO, Mordeduras NO, Picaduras NO, Parasitos NO Virus NO Fisicos Radiacion no Ionizante NO, Ruido NO, Ninguno SI, Temperaturas Extremas NO, Radiacion Ionizante NO, Iluminación NO Presión Atmosferica NO Vibracion NO Quimicos: Humos Metalicos no metalicos NO, Ninguno SI, Vapores NO, Material Particulado NO, Gases NO, Fibras NO, Polvos NO, Liquidos (Nieblas y Rocios) NO, Biomecanicos: Ninguno NO, Trabajo Sedente NO Esfuerzo Fisico NO, Mov Repetitivos NO, Trabajo Estatico NO, Manejo de Cargas NO, Posturas Forzadas SI, , Psicosociales: Relaciones Humanas SI, Gestion Administrativa NO, Contenido de la Tarea NO, Secretos del Proceso NO, Riesgo contra persona NO Ninguno NO, Secretos del Producto NO, Organización del Tiempo NO Condiciones de Seguridad: Trabajo en Espacios Confinados NO, Accidentes de Transito SI, Locativo SI, Trabajo en Alturas NO Ninguno NO, Mecanico NO Publicos SI Electrico NO Tecnologico NO , Fenomenos Naturales: Vendaval NO, Terremoto NO, Precipitaciones NO, Ninguno NO, Inundación NO, Sismo SI, Derrumbe NO

Empresa 2: Cargo 2: , Tiempo de exposición 2:

Biologicos: Bacterias NO Fluidos o Excrementos NO, Mordeduras NO, Virus NO, Hongos NO Picaduras NO, Parasitos NO, Ricketsias NO, , Fisicos: Radiacion Ionizante NO Temperaturas Extremas NO, Ruido NO, Vibración NO, Iluminación NO, Presion Atmosferica NO Radiación no Ionizante NO , Quimicos: Gases NO, Liquidos (Nieblas y Rocios) NO Vapores NO Humos Metalicos no metalicos NO, Polvos NO, Material Particulado NO Fibras NO, , Biomecanicos: Mov Repetitivos NO, Posturas Forzadas NO Manejo de Cargas NO Esfuerzo Fisico NO, Trabajo Estatico NO, Trabajo Sedente NO, , Psicosociales: Contenido de la Tarea NO, Secretos del Producto NO, Secretos del Proceso NO Gestion Administrativa NO Riesgo contra persona NO, Relaciones Humanas NO, Organización del Tiempo NO, , Condiciones de Seguridad: Trabajo en Espacios Confinados NO, Locativo NO, Publicos NO Tecnologico NO, Mecanico NO, Trabajo en Alturas NO, Accidentes de Transito NO, Electrico NO, , Fenomenos Naturales: Inundación NO, Derrumbe NO, Sismo NO Terremoto NO, Precipitaciones NO, Vendaval NO,

ACCIDENTE DE TRABAJO

ACCIDENTE DE TRABAJO: NO,

Primera Empresa

Empresa: Fecha: Causa: Lesión: Parte Afectada: Tiempo Incapacidad: Secuelas: