CERTIFICO

Que en cumplimiento a los requisitos determinados por el Decreto 3590 del 28 de septiembre de 2011 expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, presento la información exigida.

NOMBRES Y APELLIDOS: MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
IDENTIFICACIÓN: NIT 900.817.407-6

RÉGIMEN DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS: REGIMEN SIMPLIFICADO

RELACIÓN DE CONTRATO:

1. **ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO:** NIT 899.999.443-9
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** DAMC-012-2023
3. **VALOR DISCRIMINADO DEL CONTRATO:** 22.804.500,00
4. **FECHA DE FIRMA DEL CONTRATO:** 28 abril de 2023
5. **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:** 03 mayo de 2023
6. **FECHA DE TERMINACIÓN:** 07 enero de 2024
7. **VALOR A PAGAR:** ONCE MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($11.055.000,00) **por el Periodo comprendido del 3 de mayo al 25 de noviembre de 2023**

Certifico además que a la fecha si he suscrito contrato con otra entidad.

Se expide la presente en el Municipio de Cajicá Cundinamarca, a los veintisiete (27) días del mes de noviembre de dos mil veintitrés (2023).

Consuelo Vo

Magda Consuelo Venegas Gonzalez
CC: 52.623.388 de Cajicá

Cajicá, Noviembre 27 de 2023

FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 1
(Decreto 522 Art. 3 de 2003)

ALCALDIA MUNICIPAL DE TABIO
NIT. 899.999.443-9
Cra. 5 No. 4-27

DEBE A:

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT. N°900.817.407-6

POR CONCEPTO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y DEMÁS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A QUE HAYA LUGAR PARA LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA CORRESPONDIENTE A LOS SERVICIOS PRESTADOS EN EL PERIODO DE 3 DE MAYO AL 25 DE NOVIEMBRE DE 2023

CONTRATO N°: DAMC-012-2023

VALOR TOTAL: ONCE MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($11.055.000,00) por el Periodo comprendido del 3 de mayo al 25 de noviembre de 2023.

Informo a la Entidad que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la presente actividad, según lo señalado en el inciso primero del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario.

Consuelo Vo

Magda Consuelo Venegas Gonzalez
CC: 52.623.388 de Cajicá

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

1. DATOS GENERALES

CONTRATO No. DAMC-012-2023 **SECRETARÍA:** GENERAL Y DE PC.

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 03 de mayo 2023 HASTA: 07 de enero de 2024

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: MEDICINA LABORA & SALUD EMPRESARIAL SAS

No. Documento de identificación: 900817407-6 Régimen común ___ Régimen simplificado X

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: 72456937 Pago ARL: Si *X* NO ___

No. del proyecto (imputación presupuestal)- Código UNSPSC: 85122200

Fecha Acta de Inicio: 03 de mayo de 2023

Consignar a la Cuenta **335-380430-23:** Banco BANCOLOMBIA**.** Tipo de Cuenta Ahorros: X Corriente_____

Pago No.: 1/2

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	$	22.804.500,00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)		
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	$	11.055.000,00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	$	11.055.000,00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$	11.749.500,00

Nro. Registro Presupuestal: 2023000428 DEL 28-04-2023 **CDP: 2023000239 DEL 16-03-2023**

Nro de Factura o Equivalente: 01

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL		
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	$	361.600,00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	$	1.445.400,00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	$	-
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	$	361.400,00
APORTE ARP (*):	$	220.400,00

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual **Contrato N°** DAMC-012-2023	**Descripción de las Actividades Realizadas en el Periodo**	**Medio de Verificación y su soporte Física y Virtual**
1. Realizar los exámenes médicos ocupacionales de acuerdo con las especificaciones técnicas establecidas en el presente estudio previo e interpretación de la propuesta por el oferente.	Para este periodo se realizaron 67 exámenes ocupacionales con las especificaciones técnicas establecidas.	Imp pant personal atendido.
2. Realizar exámenes médicos ocupacionales de Ingreso, periódicos, reingreso, post incapacidad y de egreso, con énfasis osteomuscular a los funcionarios de la Alcaldía Municipal de Tabio Cundinamarca., durante la vigencia del presente contrato, de acuerdo con lo descrito en la autorización que remita el supervisor y del presente estudio previo con sus especificaciones técnicas.	Se realizan dos (2) exámenes de ingreso, sesenta y cuatro (64) exámenes periódicos y una (1) post incapacidad a los funcionarios de la alcaldía municipal de Tabio según especificaciones técnicas establecidas.	Certificación laboral
3. Realizar examen clínico - Optometría y demás exámenes médicos, clínicos y de laboratorios, complementarios, que se requieran en razón de la valoración médica, durante la vigencia del presente contrato, de acuerdo con lo descrito en la autorización que remita el supervisor verificar que se esté cumpliendo con el SG- SST.	Se realiza examen de audiometría a 61 pacientes, 17 examen psicosensometrico, 44 electrocardiogramas, 1 espirometría, 3 con capacitación de alimentos, 61 visiometría y 29 pacientes con laboratorios.	Se adjunta relación de pacientes para cada servicio.
4. Contar con instalaciones aledañas al Municipio De Tabio Cundinamarca, para la prestación del servicio del resto de los demás exámenes, las cuales deben estar en condiciones idóneas, de	La IPS Medicina Laboral se encuentra ubicada en el municipio de Cajicá en la calle 3 # 10-66 Av. Cavelier Edificio Patmer	Se adjunta vinculo

seguridad e higiene adecuadas para el desarrollo de la prestación del servicio requerido		
5. Prestar los servicios en horario de lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm	La IPS tiene horario de atención de lunes a viernes de 7am a 5 pm jornada continua y sábado de 7 am a 12:30 pm	Se adjunta publicación
6. Realizar un cronograma de atención de los requerimientos, el cual debe reflejar los tiempos de respuesta acordados por parte del contratista y el supervisor.	N/A	N/A
7. Ejecutar las actividades médicas y horarios acordados con el supervisor y de acuerdo con las actividades relacionadas en la presente oferta. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y DEMÁS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A QUE HAYA LUGAR A LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA.	Para el periodo se coordinó con la persona encargada el agendamiento de las personas que asistieron a la IPS para realizar los exámenes correspondientes.	Se adjunta soporte email
8. Disponer del personal idóneo y necesario para la prestación de los servicios. Contar con un médico especialista en seguridad y salud en el trabajo o medicina del trabajo al igual con el Profesional fisioterapeuta o terapeuta ocupacional con especialización en seguridad y salud en el Trabajo.	La IPS dispone del personal adecuado para la realización de los exámenes ocupacionales, se relacionan a continuación: - Manuel Alfredo Ayala – Médico especialista en salud ocupacional. - Diego Hermida - Fisioterapeuta	Se adjuntan certificaciones
9. Hacer entrega de Informe Diagnostico de Condiciones de Salud y Plan de Intervención, de acuerdo con los resultados de las evaluaciones médicas.	Al finalizar el contrato con la asistencia de todo el personal se realizará el informe de Diagnostico de Condiciones de salud.	N/A
10. Apoyar las actividades del Plan de Intervención de acuerdo con las Condiciones de Salud.	Al finalizar el contrato con la asistencia de todo el personal se realizará el informe de Diagnostico de Condiciones de salud.	N/A

11. Mantener en custodia de Historias Clínicas realizadas a Funcionarios.	Se entrega carta donde la IPS soporta que mantendrá en custodia clínica las historias realizadas a los funcionarios.	Se anexa carta
12. Contar con la infraestructura adecuada para realizar los respectivos exámenes relacionados con las especificaciones técnicas.	La Ips cuenta con las instalaciones adecuadas para prestar la atención al servicio de salud ocupacional.	Se adjunta certificado indicando instalaciones de la IPS
13. Atender las citas dadas según programación conjunta y horarios establecidos.	El paciente al momento de ingresar a las instalaciones de nuestra IPS se verifica con cedula en mano que haya sido agendado por la persona encargada y autorizado por el supervisor del contrato.	Anexo 6
14. Cumplir con las condiciones jurídicas, técnicas, económicas y comerciales presentadas en la OFERTA.	Rut, Cámara de comercio	Se adjuntan soportes
15. En caso de cualquier novedad o anomalía, reportar la situación de forma inmediata, al supervisor del contrato, por escrito.	Se mantiene en constante comunicación con la Sra. Angela quien al momento de presentar algún inconveniente esta para subsanar la eventualidad.	Al momento de realizar la espirometría a la señora Alba se notificó a la señora Angela que no se pudo finalizar el examen por factores personales de la paciente se informó por conversación telefónica.
16. Garantizar la oportuna, eficaz y eficiente prestación del objeto contrato y responder por su calidad, sin perjuicio de la respectiva garantía.	Se garantiza la prestación del servicio al todos nuestros clientes prestando un servicio de calidad humana.	N/A
17. Realizar evaluaciones médicas pre-ocupacionales o de pre ingreso, por cambio de ocupación, post-incapacidad o reintegro o egreso, a solicitud del supervisor del contrato.	Para el periodo se realizan dos (2) exámenes de ingreso, sesenta y cuatro (64) exámenes periódicos y una (1) post incapacidad a los funcionarios de la alcaldía municipal de Tabio según especificaciones técnicas establecidas.	Ver Anexo 1
18. Hacer entrega de la copia de la evaluación médica y el concepto respectivo al servidor, el original del concepto médico deberá ser remitido Al área de Talento Humano de la Alcaldía Municipal de Tabio Cundinamarca, con firma de	Después de ser atendido el funcionario la persona encargada procede a generar la publicación de estas certificaciones medicas ocupacionales donde se da la indicación si el personal es apto o no o si tiene alguna recomendación donde también se evidencia en la parte de recomendaciones.	Ver anexo 2/ pagina publicaciones

recibido por parte del funcionario, a más tardar, dentro de los dos días hábiles siguientes de haber sido practicados y las recomendaciones a seguir si las hubiera. Certificando si el nuevo funcionario es apto, apto con restricciones o no apto. En caso de restricciones, el médico deberá presentar las recomendaciones que el empleador debe adoptar según sea el caso		
19. Si al realizar la evaluación médica ocupacional de egreso se encuentra una presunta enfermedad laboral o secuelas de eventos profesionales no diagnosticados, ocurridos durante el tiempo en que la persona trabajó, el contratista informará inmediatamente a la Alcaldía Municipal de Tabio Cundinamarca, la patología y la conducta a seguir. Lo anterior, con el fin de iniciar los trámites correspondientes para la determinación del origen de la patología, tratamiento, rehabilitación e indemnización si fuere el caso.	Cuando se presente el caso la persona encargada de este proceso se estará comunicando con la supervisora para dar a conocer el concepto y tomar las medidas correspondientes.	N/A para este periodo
20. Presentar un informe general de condiciones de salud en una base de datos en Excel, en medio magnético y escrito, sobre las evaluaciones médicas ocupacionales o de ingreso, por cambio de ocupación, post-incapacidad o reintegro o egreso realizadas, el cual debe incluir la siguiente información: • Análisis demográfico: sexo, edad, cargo, antigüedad. • Diagnóstico	Finalizando se entrega el informe de condiciones de salud de la población evaluada	N/A

• El informe de los exámenes de control periódico deberá contener como mínimo lo siguiente: • Información de antecedentes de exposición laboral a diferentes factores de riesgo ocupacionales. • Información de exposición laboral actual, según la manifestación de los trabajadores y los resultados objetivos analizados durante la evaluación médica. Tal información deberá estar diferenciada según áreas u oficios. • Sintomatología reportada por los trabajadores. • Resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicas complementarias a los exámenes físicos realizados. • Diagnósticos encontrados en la población trabajadora. • Análisis y conclusiones de la evaluación. • Recomendaciones		
21. Elaborar profesiograma técnico - administrativo que organiza la interrelación, interactuación e interdependencia de un puesto de trabajo desde la de Gestión del Talento Humano, seguridad y Salud Laboral, en el cual se resumen las aptitudes y capacidades de los puestos de trabajo que existen y los que cumplen los trabajadores el cual define los criterios para la	Profesiograma se estará programando con el personal encargado	N/A

contratación de personas que ocuparán puestos vacantes		
22. Contar con certificación vigente de la Gobernación de Cundinamarca para realizar el curso de manipulación de alimentos.	Se anexa certificado vigente para realizar el curso de manipulación de alimentos	Ver anexo 12
23. Contar con el personal necesario para la correcta ejecución del objeto del contrato.	Para la ejecución del contrato se puso a disposición el personal medico y administrativo con el que cuenta la institución.	Documentos presentados en a SECOP II para firma de contrato
24. Las demás relacionadas con el cumplimiento del presente contrato de PRESTACION DE SERVICIOS.	N/A	N/A

FIRMA DEL CONTRATISTA

Consuelo Vo

MAGDA CONSUELO VENEGFAS GONZAELS
CC: 52.623.388 DE CAJICA

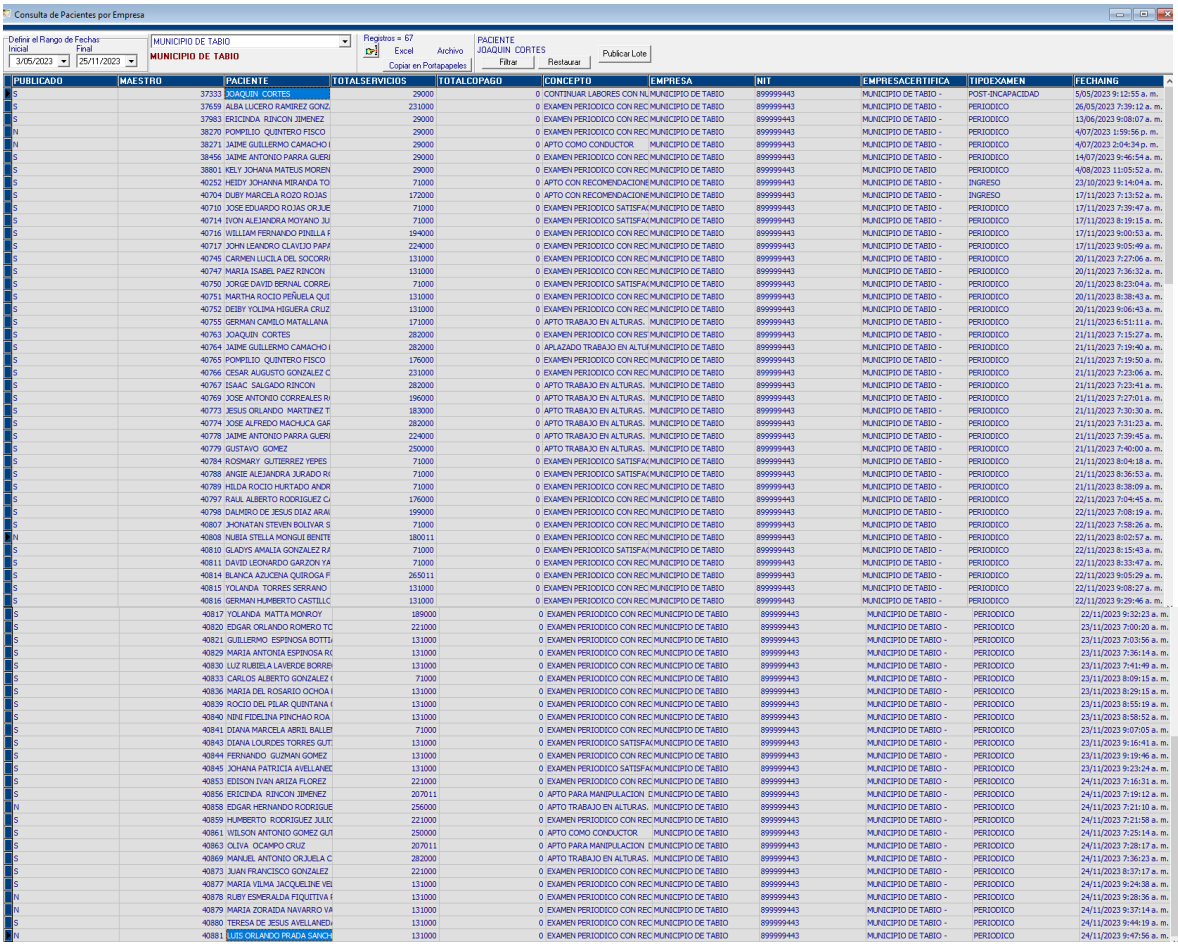
Anexos

-Factura
-Relación de usuarios
-Planilla pagada de parafiscales
-Certificación bancaria

SOPORTES Y REGISTRO FOTOGRAFICO

ANEXO 1

1. Realizar los exámenes médicos ocupacionales de acuerdo con las especificaciones técnicas establecidas en el presente estudio previo e interpretación de la propuesta por el oferente.



PUBLICADO	MAESTRO	PACIENTE	TOTALSERVICIOS	TOTALCOPAGO	CONCEPTO	EMPRESA	NIT	EMPRESACERTIFICA	TIPOEXAMEN	FECHAING
S	37333	JOAQUIN CORTES	29000	0	CONTINUAR LABORES CON NU	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	POST-INCAPACIDAD	5/05/2023 9:12:55 a. m.
S	37659	ALBA LUCERO RAMIREZ GONZ	231000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	26/05/2023 7:39:12 a. m.
S	37983	ERICINDA RINCON JIMENEZ	29000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	13/06/2023 9:08:07 a. m.
N	38270	POMPILIO QUINTERO FISCO	29000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	4/07/2023 1:59:56 p. m.
N	38271	JAIME GUILLERMO CAMACHO I	29000	0	APTO COMO CONDUCTOR	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	4/07/2023 2:04:34 p. m.
S	38456	JAIME ANTONIO PARRA GUERI	29000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	14/07/2023 9:46:54 a. m.
S	38801	KELY JOHANA MATEUS MOREN	29000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	4/08/2023 11:05:52 a. m.
S	40252	HEIDY JOHANNA MIRANDA TO	71000	0	APTO CON RECOMENDACIONE	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	INGRESO	23/10/2023 9:14:04 a. m.
S	40704	DUBY MARCELA ROZO ROJAS	172000	0	APTO CON RECOMENDACIONE	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	INGRESO	17/11/2023 7:13:52 a. m.
S	40710	JOSE EDUARDO ROJAS ORJUE	71000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	17/11/2023 7:39:47 a. m.
S	40714	IVON ALEJANDRA MOYANO JU	71000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	17/11/2023 8:19:15 a. m.
S	40716	WILLIAM FERNANDO PINILLA F	194000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	17/11/2023 9:00:53 a. m.
S	40717	JOHN LEANDRO CLAVIJO PAPA	224000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	17/11/2023 9:05:49 a. m.
S	40745	CARMEN LUCILA DEL SOCORR	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	20/11/2023 7:27:06 a. m.
S	40747	MARIA ISABEL PAEZ RINCON	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	20/11/2023 7:36:32 a. m.
S	40750	JORGE DAVID BERNAL CORRE	71000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	20/11/2023 8:23:04 a. m.
S	40751	MARTHA ROCIO PEÑUELA QUI	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	20/11/2023 8:38:43 a. m.
S	40752	DEIBY YOLIMA HIGUERA CRUZ	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	20/11/2023 9:06:43 a. m.
S	40755	GERMAN CAMILO MATALLANA	171000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 6:51:11 a. m.
S	40763	JOAQUIN CORTES	282000	0	EXAMEN PERIODICO CON RES	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:15:27 a. m.
S	40764	JAIME GUILLERMO CAMACHO I	282000	0	APLAZADO TRABAJO EN ALTU	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:19:40 a. m.
S	40765	POMPILIO QUINTERO FISCO	176000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:19:50 a. m.
S	40766	CESAR AUGUSTO GONZALEZ C	231000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:23:06 a. m.
S	40767	ISAAC SALGADO RINCON	282000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:23:41 a. m.
S	40769	JOSE ANTONIO CORREALES RI	196000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:27:01 a. m.
S	40773	JESUS ORLANDO MARTINEZ T	183000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:30:30 a. m.
S	40774	JOSE ALFREDO MACHUCA GAF	282000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:31:23 a. m.
S	40778	JAIME ANTONIO PARRA GUERI	224000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:39:45 a. m.
S	40779	GUSTAVO GOMEZ	250000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 7:40:00 a. m.
S	40784	ROSMARY GUTIERREZ YEPES	71000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 8:04:18 a. m.
S	40788	ANGIE ALEJANDRA JURADO R	71000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 8:36:53 a. m.
S	40789	HILDA ROCIO HURTADO ANDR	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	21/11/2023 8:38:09 a. m.
S	40797	RAUL ALBERTO RODRIGUEZ CA	176000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	22/11/2023 7:04:45 a. m.
S	40798	DALMIRO DE JESUS DIAZ ARA	199000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	22/11/2023 7:08:19 a. m.
S	40807	JHONATAN STEVEN BOLIVAR S	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO	PERIODICO	22/11/2023 7:58:26 a. m.
N	40808	NUBIA STELLA MONGUI BENITE	180011	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	22/11/2023 8:02:57 a. m.
S	40810	GLADYS AMALIA GONZALEZ RA	71000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	22/11/2023 8:15:43 a. m.
S	40811	DAVID LEONARDO GARZON YA	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	22/11/2023 8:33:47 a. m.
S	40814	BLANCA AZUCENA QUIROGA F	265011	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	22/11/2023 9:05:29 a. m.
S	40815	YOLANDA TORRES SERRANO	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	22/11/2023 9:08:27 a. m.
S	40816	GERMAN HUMBERTO CASTILLC	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	22/11/2023 9:29:46 a. m.
S	40817	YOLANDA MATTA MONROY	189000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	22/11/2023 9:32:23 a. m.
S	40820	EDGAR ORLANDO ROMERO TC	221000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 7:00:20 a. m.
S	40821	GUILLERMO ESPINOSA BOTTA	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 7:03:56 a. m.
S	40829	MARIA ANTONIA ESPINOSA R(	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 7:36:14 a. m.
S	40830	LUZ RUBIELA LAVERDE BORRE	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 7:41:49 a. m.
S	40833	CARLOS ALBERTO GONZALEZ (	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 8:09:15 a. m.
S	40836	MARIA DEL ROSARIO OCHOA I	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 8:29:15 a. m.
S	40839	ROCIO DEL PILAR QUINTANA (	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 8:55:19 a. m.
S	40840	NINI FIDELINA PINCHAO ROA	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 8:58:52 a. m.
S	40841	DIANA MARCELA ABRIL BALLE	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 9:07:05 a. m.
S	40843	DIANA LOURDES TORRES GUT	131000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 9:16:41 a. m.
S	40844	FERNANDO GUZMAN GOMEZ	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 9:19:46 a. m.
S	40845	JOHANA PATRICIA AVELLANEC	131000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	23/11/2023 9:23:24 a. m.
S	40853	EDISON IVAN ARIZA FLOREZ	221000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 7:16:31 a. m.
S	40856	ERICINDA RINCON JIMENEZ	207011	0	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 7:19:12 a. m.
N	40858	EDGAR HERNANDO RODRIGUE	256000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 7:21:10 a. m.
S	40859	HUMBERTO RODRIGUEZ JULIC	221000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 7:21:58 a. m.
S	40861	WILSON ANTONIO GOMEZ GUT	250000	0	APTO COMO CONDUCTOR	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 7:25:14 a. m.
S	40863	OLIVA OCAMPO CRUZ	207011	0	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 7:28:17 a. m.
S	40869	MANUEL ANTONIO ORJUELA C	282000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 7:36:23 a. m.
S	40873	JUAN FRANCISCO GONZALEZ	221000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 8:37:17 a. m.
S	40877	MARIA VILMA JACQUELINE VEI	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 9:24:38 a. m.
N	40878	RUBY ESMERALDA FIQUITIVA I	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 9:28:36 a. m.
N	40879	MARIA ZORAIDA NAVARRO VA	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 9:37:14 a. m.
S	40880	TERESA DE JESUS AVELLANED	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 9:44:19 a. m.
N	40881	LUIS ORLANDO PRADA SANCH	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -	PERIODICO	24/11/2023 9:47:56 a. m.

ANEXO 2

2. Realizar exámenes médicos ocupacionales de Ingreso, periódicos, reingreso, post incapacidad y de egreso, con énfasis osteomuscular a los funcionarios de la Alcaldía Municipal de Tabio Cundinamarca., durante la vigencia del presente contrato, de acuerdo con lo descrito en la autorización que remita el supervisor y del presente estudio previo con sus especificaciones técnicas.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 25-32 48 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80405651-37333

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar:	5/05/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	POST-INCAPACIDAD
Paciente:	JOAQUIN CORTES	Identificación:	80405651
Género	MASCULINO Edad: 56	Teléfono	Móvil: 3132541994
Fecha Nacimiento:	19/01/1967	Cargo:	OPERARIO (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CLL 7 N 2 -56	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 75 Talla: 172 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CONTINUAR LABORES CON NUEVAS RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: NO LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG. EN LO POSIBLE NO SUBIR O BAJAR ESCALERAS, DE HACERLO HAGALO DESPACIO Y USE PASAMANOS. NO SALTAR O BRICAR, NO USO DE RAMPAS O CUESTAS PERDIENTES, VERIFICAR ADECUADA AMORTIGUACION, COMO LA ESTABILIDAD DE LA SILLA DE TRABAJO. NO REALIZAR TRABAJOS EN CUCLILLAS O DE RODILLAS. RECOMENDACIONES QUE TIENE QUE APICAR EN DOMICILIO. VIGENCIA DE RECOMENDACION 3 MESES. ASISTIR A NUEVO CONTROL.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

ORTOPEDIA PENDIENTE TOMA DE NUEVA RMN DE COLUMNA-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

"CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lc exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes."

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

10510/09 252224

Médico Especialista en Salud Laboral

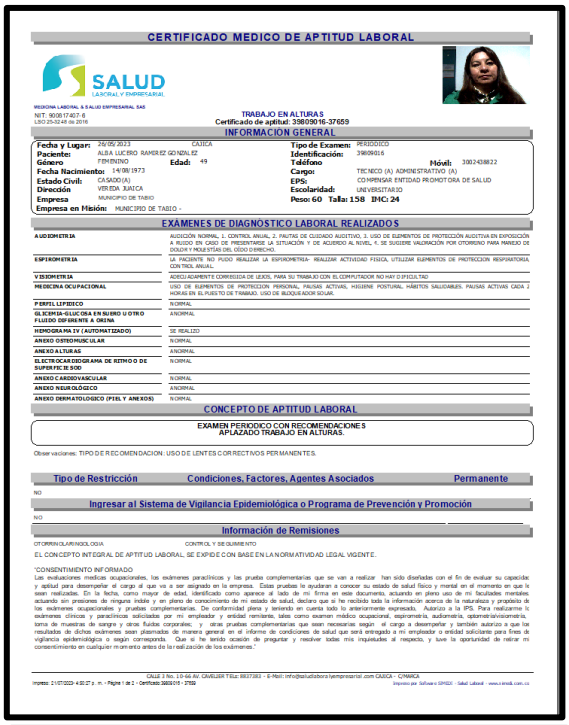
JOAQUIN CORTES 80405651

Firma y cédula del Paciente

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837383 - E-Mail: info@saludlaboratabio.empresarial.com CAJICA - CYMARCA

Impreso: 2/07/2023 4:40:41 p. m. - Página 1 de 1 - Certificado 80405651 - 37333

Impreso por Software SIMED - Salud Laboral - www.simedk.com.co



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 25-32 48 de 2016

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 39809016-37659

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar:	26/05/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	ALBA LUCERO RAMIREZ GONZALEZ	Identificación:	39809016
Género	FEMENINO Edad: 49	Teléfono	Móvil: 3002438822
Fecha Nacimiento:	14/09/1973	Cargo:	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA JUAICA	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 60 Talla: 158 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL 1. CONTROL ANUAL 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO. 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL 4. SE SUGIERE VACUNACIÓN POR OTORRINO PARA PARKEO DE DOLOR Y MOLESTIAS DEL OÍDO DERECHO.
ESPIROMETRIA	LA PACIENTE NO PUDO REALIZAR LA ESPIROMETRIA- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA CONTROL ANUAL.
VISIOMETRIA	ADECU ADAMENTE CORREGIDA DE LEJOS, PARA SU TRABAJO CON EL COMPUTADOR NO HAY DIFICULTAD
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO ALTURAS	ANORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO NEUROLÓGICO	ANORMAL
ANEXO DERMATOLOGICO (PIEL Y ANEXOS)	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APLAZADO TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA CONTROL Y SEGUIMIENTO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

"CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lc exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes."

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

10510/09 252224

Médico Especialista en Salud Laboral

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837383 - E-Mail: info@saludlaboratabio.empresarial.com CAJICA - CYMARCA

Impreso: 2/07/2023 4:30:27 p. m. - Página 1 de 2 - Certificado 39809016 - 37659

Impreso por Software SIMED - Salud Laboral - www.simedk.com.co



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 25- 3245 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35510207-37983

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/06/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	ERICINDA RINCON JIMENEZ	Identificación:	35510207
Género	FEMENINO Edad: 55	Teléfono	Móvil: 3142566434
Fecha Nacimiento:	22/04/1968	Cargo:	SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CRA 17 N 187 -19	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 69 Talla: 156 IMC: 28	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO-		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ANORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: NO HALAR, LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 5 KG. POR MIEMBRO SUPERIOR. NO REALIZAR TRABAJOS O ACTIVIDADES EN CUCLILLAS. NO TORCER O EXPRIMIR DE FORMA MANUAL, USE LOS UTENCILIOS DESTINADOS PARA ELLO. NO REALIZE ACTIVIDDES REPETITIVAS DE MIEMBROS SUPERIORES POR UN TIEMPO MAYOR A 2 HORAS, ROTE CON OTRAS ACTIVIDADES QUE NO INVOLUCRE MIEMBROS SUPERIORES. EN LIMPIEZA DE VENTANALES USE LA HERRAMIENTA DESTINADA PARA ELLO. ASISTA A LOS CONTROLES Y TERAPIAS INDICADAS POR LA ESPECIALIDAD.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

ORTOPEDIA CONTROL Y SEGUIMIENTO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

"CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lc exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes."

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

10510/09 252224

Médico Especialista en Salud Laboral

ERICINDA RINCON JIMENEZ 35510207

Firma y cédula del Paciente



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 25- 3245 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 3194879-36270

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	5/05/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	POMPILIO QUINTERO FISCO	Identificación:	3194879
Género	MASCULINO Edad: 63	Teléfono	Móvil: 3138146394
Fecha Nacimiento:	25/10/1959	Cargo:	CONDUCTOR - MECANICO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	SBC LOS CEREZOS	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 0 Talla: 0 IMC: 0	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO-		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTO COMO CONDUCTOR

Observaciones: RECOMENDACION: USO DE CORRECCIÓN VISUAL, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

"CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lc exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes."

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

10510/09 252224

Médico Especialista en Salud Laboral

POMPILIO QUINTERO FISCO 3194879

Firma y cédula del Paciente

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 29-1248 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 3194683-38271

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	5/05/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JAIME GUILLERMO CAMACHO LEAÑO	Identificación:	3194683
Género	MASCULINO Edad: 66	Teléfono	Móvil: 3177290916
Fecha Nacimiento:	23/04/1957	Cargo:	TECNICO(A) OPERATIVA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	VEREDA JUAICA	Escolaridad:	TECNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 0 Talla: 0 IMC: 0	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO COMO CONDUCTOR
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
ND		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

JAIME GUILLERMO CAMACHO LEAÑO 3194683
Firma y cédula del Paciente

1051009 252224
Médico Especialista en Salud Laboral



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80384676-38468

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	14/07/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JAIME ANTONIO PARRA GUERRERO	Identificación:	80384576
Género	MASCULINO Edad: 57	Teléfono	Móvil: 3133945408
Fecha Nacimiento:	1/01/1966	Cargo:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	UNION LIBRE	EPS:	FAMISANAR
Dirección	VEREDA	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 0 Talla: 0 IMC: 0	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: QUEDA PENDIENTE LA VALORACION OTORRINO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

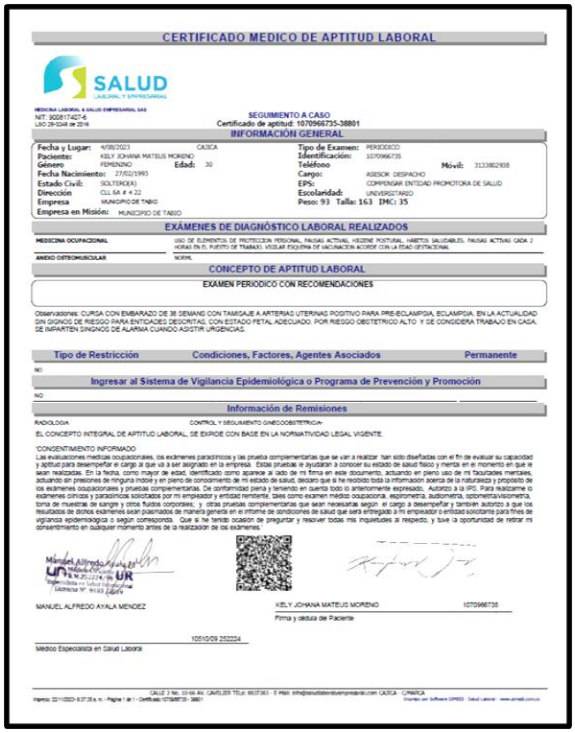
EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

JAIME ANTONIO PARRA GUERRERO 80384576
Firma y cédula del Paciente

1051008 252224
Médico Especialista en Salud Laboral



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

SEGUIMIENTO A CASO
Certificado de aptitud: 1070966735-38801

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	4/08/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	KELY JOHANNA MATEUS MORENO	Identificación:	1070966735
Género	FEMENINO Edad: 30	Teléfono	Móvil: 3133882938
Fecha Nacimiento:	27/02/1993	Cargo:	ASESOR DESPACHO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CLL 64 # 4 22	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 93 Talla: 163 IMC: 35	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. VISUAR ESQUEMA DE VACUNACION ACORDE CON LA ETAD GESTACIONAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: CURSA CON EMBARAZO DE 36 SEMANS CON TAMISAJE A ARTERIAS UTERINAS POSITIVO PARA PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA, EN LA ACTUALIDAD SIN SIGNOS DE RIESGO PARA ENTICADES DESCRITAS, CON ESTADO FETAL ADECUADO. POR RIESGO OBSTETRICO ALTO Y DE CONSIDERA TRABAJO EN CASA. SE IMPARTEN SINGNOS DE ALARMA CUANDO ASISTIR URGENCIAS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

RADIOLOGIA CONTROL Y SEGUIMIENTO GINECOOBSTETRICIA-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

KELY JOHANNA MATEUS MORENO 1070966735
Firma y cedula de Paciente

1051009 252224
Médico Especialista en Salud Laboral



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 20872153-40252

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/10/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	HEIDY JOHANNA MIRANDA TORRES	Identificación:	20872153
Género	FEMENINO Edad: 42	Teléfono	Móvil: 3192303020
Fecha Nacimiento:	14/02/1981	Cargo:	CONTADOR (A)
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CALLE 61 N 9K-46 INT 5 APTO 602	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 83 Talla: 169 IMC: 29	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICION NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA EN DISPOSICION A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACION Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	ANORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PERMENTES, USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

HEIDY JOHANNA MIRANDA TORRES 20872153
Firma y cedula de Paciente

1051009 252224
Médico Especialista en Salud Laboral

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076621027-40704

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	DUBY MARCELA ROZO ROJAS	Identificación:	1076621327
Género	FEMENINO Edad: 34	Teléfono Móvil:	3208279104
Fecha Nacimiento:	22/01/1989	Cargo:	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	KM 1 VIA TABIO TERCO CONJUNTO RESERVAS DE SAN JOSE	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 82 Talla: 159 IMC: 32	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. FALTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4. SE RECOMIENDA NO USAR AUDÍFONOS Y DE HACERLO QUE NO SEA POR MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO-BAJO (QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
TRIGLICERIDOS	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO DERMATOLOGICO (PIEL Y ANEXOS)	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

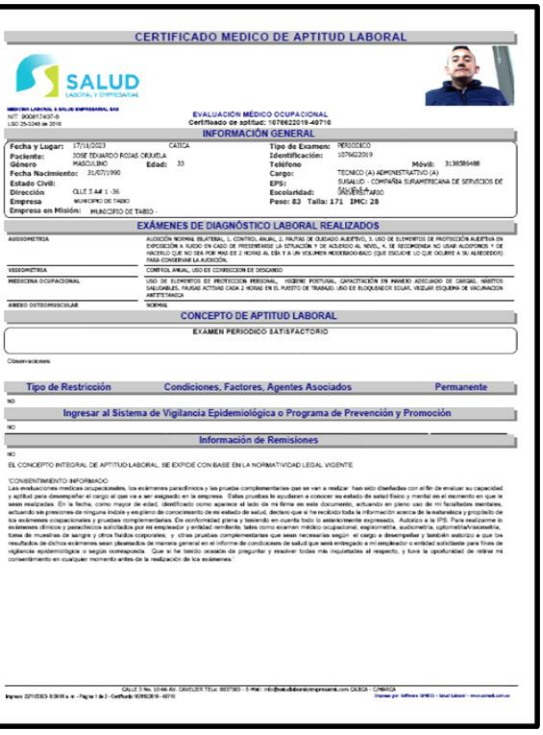
Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076622018-40716

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JOSE EDUARDO ROJAS OKUMLA	Identificación:	1076622019
Género	MASCULINO Edad: 33	Teléfono Móvil:	3138586488
Fecha Nacimiento:	31/07/1990	Cargo:	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:		EPS:	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD
Dirección	CLLE 5 A# 1 -36	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 83 Talla: 171 IMC: 28	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. FALTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. SE RECOMIENDA NO USAR AUDÍFONOS Y DE HACERLO QUE NO SEA POR MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO-BAJO (QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION DE DESCANSO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076620139-40714

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	IVON ALEJANDRA MOYANO JULIO	Identificación:	1076620139
Género	FEMENINO Edad: 38	Teléfono Móvil:	3132539442
Fecha Nacimiento:	2/04/1985	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	UNION LIBRE	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CRA 3 N 4-31	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 57 Talla: 161 IMC: 22	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. FALTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION DE DESCANSO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

SE SANGRE OCULTA 3 MUESTRA Y VALORACIN EPS-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

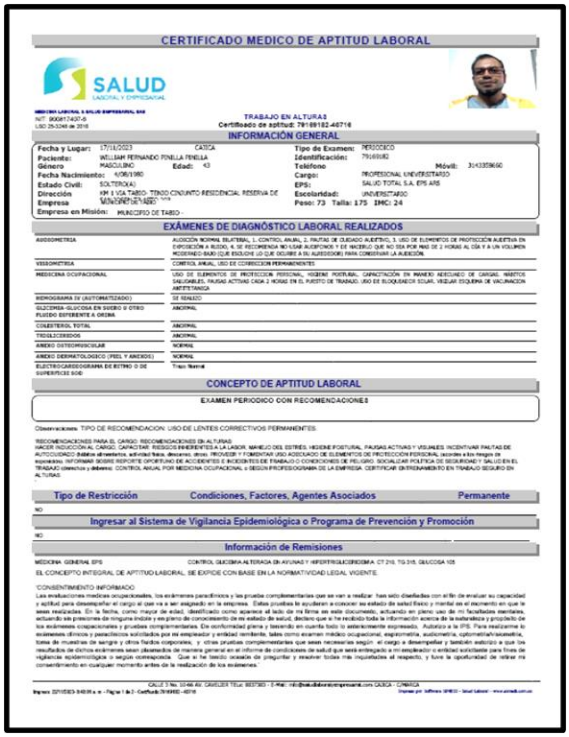
MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

Médico-Especialista en Salud Laboral

IVON ALEJANDRA MOYANO JULIO 1076620139

Firma y cédula del Paciente

10510/09 252224



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 79198182-40716

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	WILLIAM FERNANDO PINILLA PINILLA	Identificación:	79198182
Género	MASCULINO Edad: 43	Teléfono Móvil:	3143359600
Fecha Nacimiento:	4/08/1980	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	KM 1 VIA TABIO TERCO CONJUNTO RESIDENCIAL RESERVA DE SAN JOSE	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 73 Talla: 175 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. FALTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. SE RECOMIENDA NO USAR AUDÍFONOS Y DE HACERLO QUE NO SEA POR MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO-BAJO (QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
TRIGLICERIDOS	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO DERMATOLOGICO (PIEL Y ANEXOS)	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE BITRO O DE SUPERFICIE SOD	Trazo Normal

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES DE ALTURAS
HACER INDUCCIÓN AL CARGO, CAPACITAR RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRES, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES, INCENTIVAR PAUSAS DE AUTOCUIDADO (hábitos alimentarios, actividad física, descanso, otros), PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (acordes a los riesgos de exposición), INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO O CONDICIONES DE PELIGRO, SOCIALIZAR POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (derechos y deberes), CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL A SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

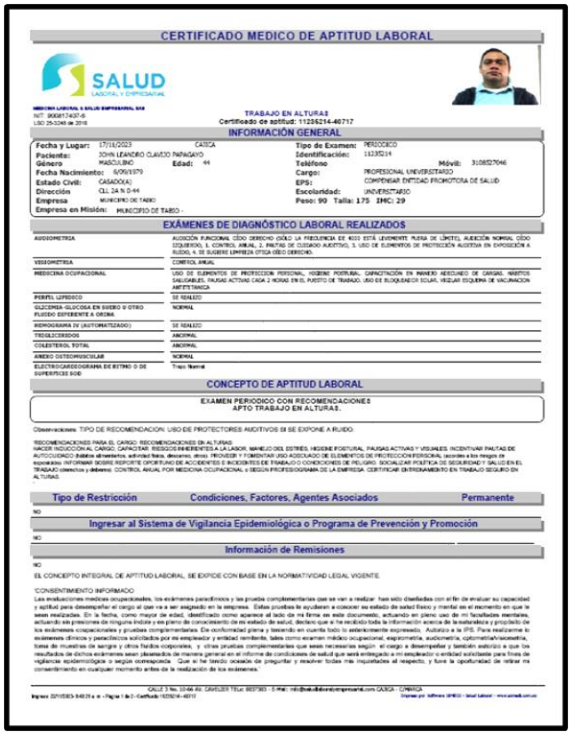
MEDICINA GENERAL EPS CONTROL GLICEMIA ALTERADA EN AYUNAS Y HIPERTRIGLICERIDEMIA CT 210, TG 310, GLICOSA 105

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y OPERACIONAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 11236214-46717

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JOHN LEANDRO CLAVIJO PAPAGAYO	Identificación:	11235214
Género	MASCULINO Edad: 44	Teléfono	Móvil: 3108570746
Fecha Nacimiento:	6/09/1979	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMFENIAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CLL 2A N 0-44	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 90 Talla: 175 IMC: 29	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL CÓDIGO DERECHO (OÍDO) LA FRECUENCIA DE 4000 ESTÁ LIGERAMENTE PLENA DE LÍMITES; AUDICIÓN NORMAL CÓDIGO IZQUIERDO, 3. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. SE SUGIERE LIMPIEZA OTICA OÍDO DERECHO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO ED BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	SE REALIZO
GLICEMIA- GLICOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
TRIGLICERIDOS	ANORMAL
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REITMO O DE SUPERFICIE SOE	Trazo Normal

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTO TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES EN ALTURAS
MAYOR INDUCCION AL CARGO, CAPACITAR RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRES, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES, INCENTIVAR PAUTAS DE AUTOCUIDADO: Hábitos alimenticios, actividad física, descanso, otros. PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (acordes a los riesgos de exposición). INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO Y CONDICIONES DE PELIGRO. SOCIALIZAR POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (objetivos y alcance). CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL Y SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

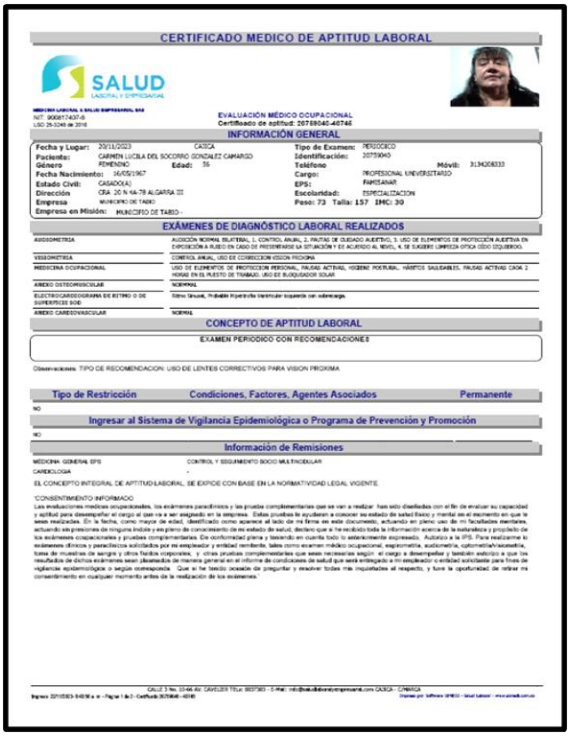
NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO'
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y OPERACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 20758540-46746

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	CARMEN LUCILA DEL SOCORRO GONZALEZ CAMARGO	Identificación:	20758540
Género	FEMENINO Edad: 56	Teléfono	Móvil: 3134208333
Fecha Nacimiento:	06/05/1967	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CRA 20 N 4A-78 ALGARA III	Escolaridad:	ESPECIALIZACION
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 73 Talla: 157 IMC: 30	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4. SE SUGIERE LIMPIEZA OTICA OÍDO IZQUIERDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO ED BLOQUEADOR SOLAR
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REITMO O DE SUPERFICIE SOE	Ritmo Sinusal, Probable Hipertrofia Ventricular izquierda con sobrecarga.
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

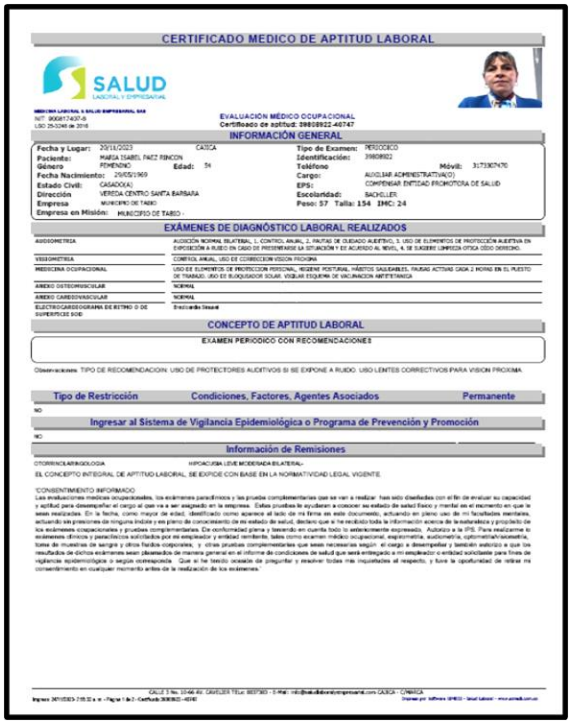
NO

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL EPS	CONTROL Y SEGUIMIENTO BOCIO MULTINODULAR
CARDIOLOGIA	-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO'
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y OPERACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39909922-46747

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	MARIA ISABEL PAEZ RINCON	Identificación:	39909922
Género	FEMENINO Edad: 54	Teléfono	Móvil: 3173307470
Fecha Nacimiento:	29/05/1969	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMFENIAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA CENTRO SANTA BARBARA	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 57 Talla: 154 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4, SE SUGIERE LIMPIEZA OTICA OÍDO DERECHO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO ED BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REITMO O DE SUPERFICIE SOE	Electrocardio Sinusal

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO. USO LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE MODERADA BILATERAL-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO'
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y OPERACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076624278-46760

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JORGE DAVID BERNAL CORREA	Identificación:	1076624278
Género	MASCULINO Edad: 29	Teléfono	Móvil: 3184511918
Fecha Nacimiento:	12/11/1994	Cargo:	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CLL 9 N 0-69	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 71 Talla: 181 IMC: 22	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4. SE RECOMIENDA NO USAR AUDIFONOS Y DE HACERLO QUE NO SEA MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO-BAJO (QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION EF DISCARIO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO ED BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

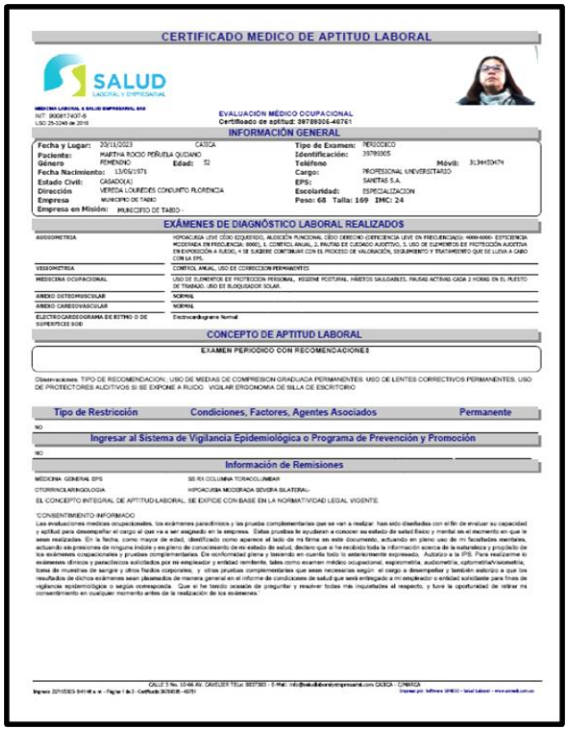
Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO'
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 59789306-40761

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	MARTHA ROCIO PEÑUELA QUIDIANO	Identificación:	39789306
Género	FEMENINO	Teléfono	Móvil: 3134450474
Fecha Nacimiento:	13/09/1971	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	VEREDA LOURDES CONJUNTO FLORENCIA	Escolaridad:	ESPECIALIZACION
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 68 Talla: 169 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE CÓDO IZQUIERDO, AUDICIÓN FUNCIONAL CÓDO DERECHO CERFERENCIA LEVE EN FRECUENCIAS: 4000-6000- EFICIENCIA MODERADA EN FRECUENCIA: 8000, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4 SE SUGIERE CONTINUAR CON EL PROCESO DE VALORACIÓN, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO QUE SE LLEVA A CABO CON LA EPS.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	Electrocardiograma Normal

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUACIA PERMANENTES USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO VIGILAR ERGONOMIA DE SILLA DE ESCRITORIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL EPS: SD RX COLUMNA TORACOLUMBAR

OTORRINOLARINGOLOGIA: HIPOACUSIA NEUROSENSORIA SEVERA BILATERAL-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que: he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido acerdas de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

Médico Especialista en Salud Laboral

DEIBY YOLIMA HIGUERA CRUZ 39830452

Firma y cédula del Paciente



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39830452-40762

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	DEIBY YOLIMA HIGUERA CRUZ	Identificación:	39830452
Género	FEMENINO Edad: 46	Teléfono	Móvil: 3123685096
Fecha Nacimiento:	23/05/1977	Cargo:	TECNICO OPERATIVO
Estado Civil:		EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	TRAVIESAL 1 # 6A -26 INTERIOR 4 BARRIO LOS ANDES	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 68 Talla: 161 IMC: 26	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	Electrocardiograma Normal

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que: he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido acerdas de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

Médico Especialista en Salud Laboral

DEIBY YOLIMA HIGUERA CRUZ 39830452

Firma y cédula del Paciente



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y OCUPACIONAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1123914444-40766

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	GERMAN CAMILO NATALIANA GONZALEZ	Identificación:	1123914444
Género	MASCULINO Edad: 38	Teléfono	Móvil: 3226836048
Fecha Nacimiento:	24/05/1985	Cargo:	CONDUCTOR (A)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMISANAR
Dirección	VDA LOS ANDES	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 70 Talla: 174 IMC: 23	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL CÓDO IZQUIERDO (SOLO LA RESILENCIA DE 4000 ESTÁ LEVEMENTE FUERA DE LÍMITES) AUDICIÓN NORMAL CÓDO DERECHO, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4, SE REQUIERA LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR LA VENTANA IZQUIERDA DEL VEHÍCULO LO MÁS CERRADA POSIBLE PARA EVITAR DEFICIENCIAS AUDITIVAS EN CÓDO IZQUIERDO POR VIENTO Y RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION DE DESCANSO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR SIQUIERA DE VACUNACION ANTITETANICA
TRIGLICERIDOS	NORMAL
COLESTEROL TOTAL	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO O OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO
APTITUD COMO CONDUCTOR.

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES EN ALTURAS

HACER INDUCCIÓN AL CARGO: CAPACITAR: RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRÉS, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES. INCENTIVAR PAUTAS DE AUTOCUIDADO (hábitos alimenticios, actividad física, descanso, otros). PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL acordes a los riesgos (si aplica). INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO O CONDICIONES DE PELIGRO. SOCIALIZAR POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (derechos y deberes). CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL Y GESTIÓN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA: HIPOACUSIA LEVE IZQUIERDA-



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y OCUPACIONAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 80405651-40760

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JOAQUIN CORTES	Identificación:	80405651
Género	MASCULINO Edad: 56	Teléfono	Móvil: 3132541594
Fecha Nacimiento:	15/01/1967	Cargo:	OFITARSO (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CLL 7 N 2 -56	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 72 Talla: 170 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON EFICIENCIAS LEVES CÓMO, 4000 Y 6000 OD, 3000 Y 4000 OD, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO O OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	AGREGAR HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA.
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	ANORMAL
ANEXO NEUROLÓGICO	
ANEXO ALTURAS	NORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RESTRICCIONES AL CARGO
APLAZADO TRABAJO EN ALTURAS

Observaciones: RESTRICCIONES POR 1 AÑO: CONTINUAR CON REUBICACION LABORAL, PUEDE MANEJAR CARGAS DE HASTA 10 KG BIMANUAL, SUBIR Y BAJAR ESCALERAS OCASIONALMENTE, EVITAR CAMINAR TRAYECTOS PROLOGADOS O EN TERRENOS IRREGULARES, DISMINUIR MOVIMIENTOS COMO ACUCLILLARSE Y ARRODILLARSE, MOVIMIENTOS ROTACIONALES DE TRONCO OCASIONALMENTE, EVITAR EXPOSICION A VIBRACIÓN CUERPO ENTERO, ALTERNANCIA POSTURAL (BIPEDESTACIÓN Y SEDESTACIÓN), PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN TRONCO. ESTAS RECOMENDACIONES DEBEN TENERSE ENCUENTA EN AMBITO INTRA Y EXTRALABORAL. NO REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

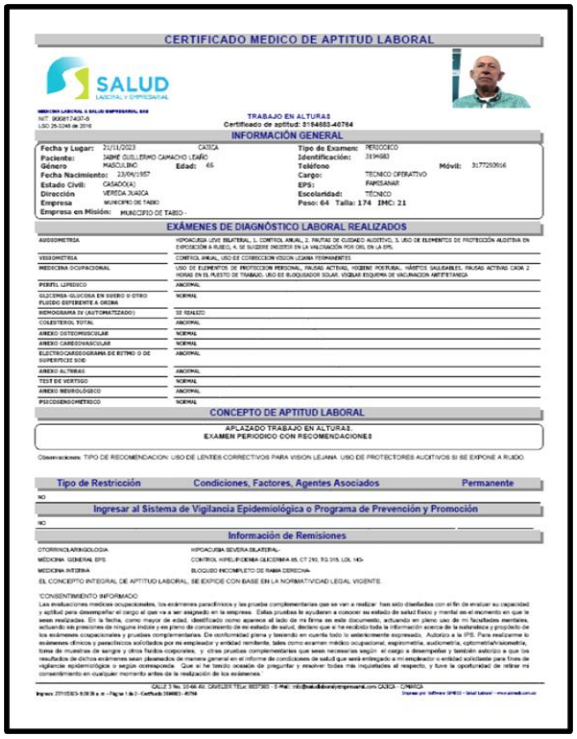
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 51544854-46764

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 21/11/2023 CAJICA
Paciente: JAIME GUILLERMO CAMACHO LEAÑO
Género MASCULINO Edad: 65
Fecha Nacimiento: 23/04/1957
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección VEREDA JUAICA
Empresa MUNICIPIO DE TABIO
Empresa en Misión: MUNICIPIO DE TABIO -

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 3194683
Teléfono
Móvil: 3177269916
Cargo: TECNICO OPERATIVO
EPS: FAMISANAR
Escolaridad: TECNICO
Peso: 64 Talla: 174 IMC: 21

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE BILATERAL, L. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. SE SUGIERE INCIDIR EN LA VALORACIÓN POS CRL EN LA EPS.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION LEJANA PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	ANORMAL
GLICEMIA- GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REITNO O DE SUPERFICIE SOD	ANORMAL
ANEXO ALTURAS	ANORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
ANEXO NEUROLOGICO	ANORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APLAZADO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION LEJANA. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

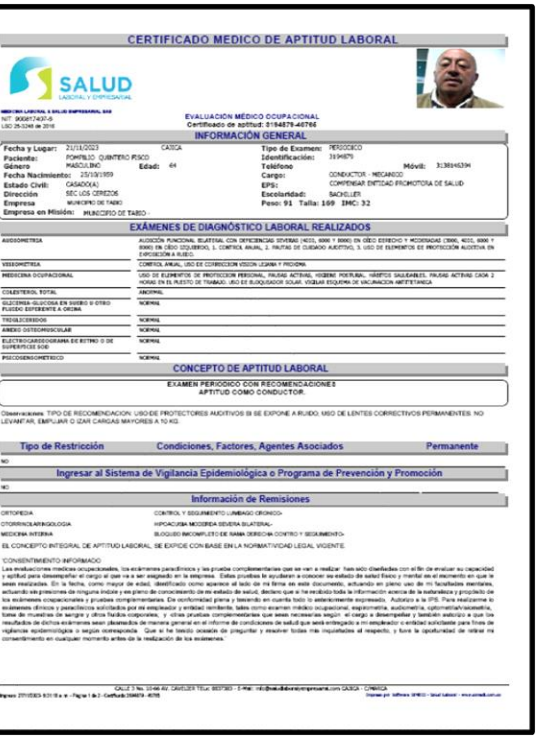
NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA SEVERA BILATERAL-
MEDICINA GENERAL EPS	CONTROL HIPERLIPIDEMIA GLICEMIA 88, CT 210, TG 315, LDL 145-
MEDICINA INTERNA	BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA DERECHA-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental es el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en esta documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 51544879-46766

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 21/11/2023 CAJICA
Paciente: PONTELLO QUINTERO PISCO
Género MASCULINO Edad: 64
Fecha Nacimiento: 25/10/1959
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección SEC LOS CEREZOS
Empresa MUNICIPIO DE TABIO
Empresa en Misión: MUNICIPIO DE TABIO -

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 3194879
Teléfono
Móvil: 3138146394
Cargo: CONDUCTOR - MECANICO
EPS: COMFENIAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad: BACHILLER
Peso: 91 Talla: 169 IMC: 32

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS SEVERAS (4000, 6000 Y 8000) EN OÍDO DERECHO Y MODERADAS (2000, 4000, 6000 Y 8000) EN OÍDO IZQUIERDO, L. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION LEJANA Y PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
GLICEMIA- GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
TRIGLICERIDOS	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REITNO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTITUD COMO CONDUCTOR.

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO. USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. NO LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

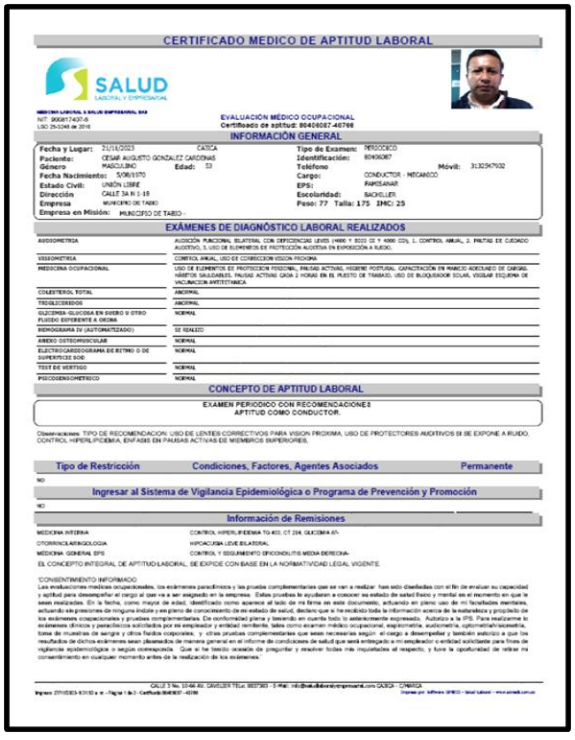
NO

Información de Remisiones

ORTOPEDIA	CONTROL Y SEGUIMIENTO LUMBAGO CRONICO-
OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA MODERA SEVERA BILATERAL-
MEDICINA INTERNA	BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA DERECHA CONTRO Y SEGUIMIENTO-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental es el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en esta documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80406087-46768

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 21/11/2023 CAJICA
Paciente: CESAR AUGUSTO GONZALEZ CARDENAS
Género MASCULINO Edad: 53
Fecha Nacimiento: 5/08/1970
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección CALLE 3A N 1-16
Empresa MUNICIPIO DE TABIO
Empresa en Misión: MUNICIPIO DE TABIO -

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 80406087
Teléfono
Móvil: 3132567932
Cargo: CONDUCTOR - MECANICO
EPS: FAMISANAR
Escolaridad: BACHILLER
Peso: 77 Talla: 175 IMC: 25

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS LEVES (1000 Y 6000 OD Y 4000 OD), L. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PESONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
TRIGLICERIDOS	ANORMAL
GLICEMIA- GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REITNO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTITUD COMO CONDUCTOR.

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO. CONTROL HIPERLIPIDEMIA, ENFASIS EN PAUSAS ACTIVAS DE MIEMBROS SUPERIORES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

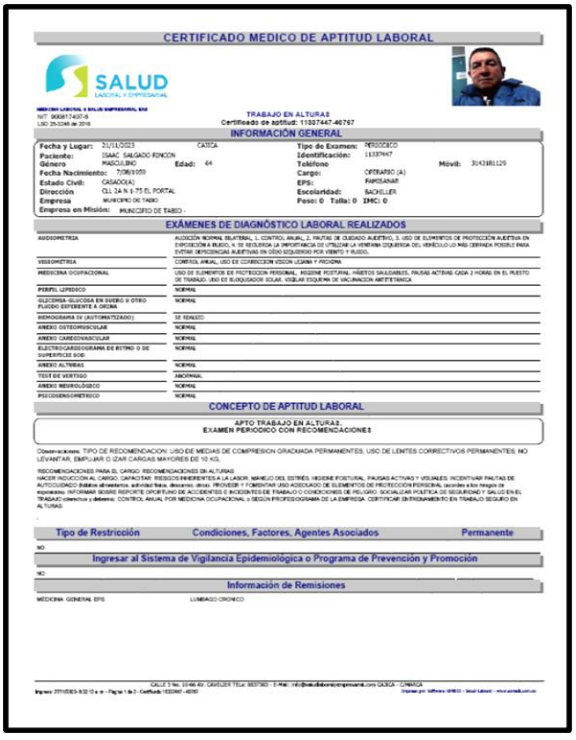
NO

Información de Remisiones

MEDICINA INTERNA	CONTROL HIPERLIPIDEMIA TG 400, CT 256, GLICEMIA 87-
OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE BILATERAL
MEDICINA GENERAL EPS	CONTROL Y SEGUIMIENTO EPICONDILITIS MEDIA DERECHA-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental es el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en esta documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 11307447-46767

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 21/11/2023 CAJICA
Paciente: ISAAC SALGADO RINCON
Género MASCULINO Edad: 64
Fecha Nacimiento: 7/08/1959
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CLL 2A N 1-75 EL PORTAL
Empresa MUNICIPIO DE TABIO
Empresa en Misión: MUNICIPIO DE TABIO -

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 11307447
Teléfono
Móvil: 3143181129
Cargo: OFERARIO (A)
EPS: FAMISANAR
Escolaridad: BACHILLER
Peso: 0 Talla: 0 IMC: 0

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, L. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. SE SOLICITA LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR LA VENTANA IZQUIERDA DEL VEHÍCULO LO MÁS CERRADA POSIBLE PARA EVITAR DEFICIENCIAS AUDITIVAS EN OÍDO EXPUESTO POR VIENTO Y RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION LEJANA Y PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA- GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REITNO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL
TEST DE VERTIGO	ANORMAL
ANEXO NEUROLOGICO	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADIADA PERMANENTES, USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, NO LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES DE 10 KG.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES EN ALTURAS
HACER INDUCCION AL CARGO; CAPACITAR: RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRES, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES, INCENTIVAR PAUTAS DE AUTOCUIDADO; Estilos alimentarios, actividad física, descanso, otros. PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (acordes a los riesgos de exposición); INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO O CONDICIONES DE PELIGRO; SOCIALIZAR POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (derechos y deberes); CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL o SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

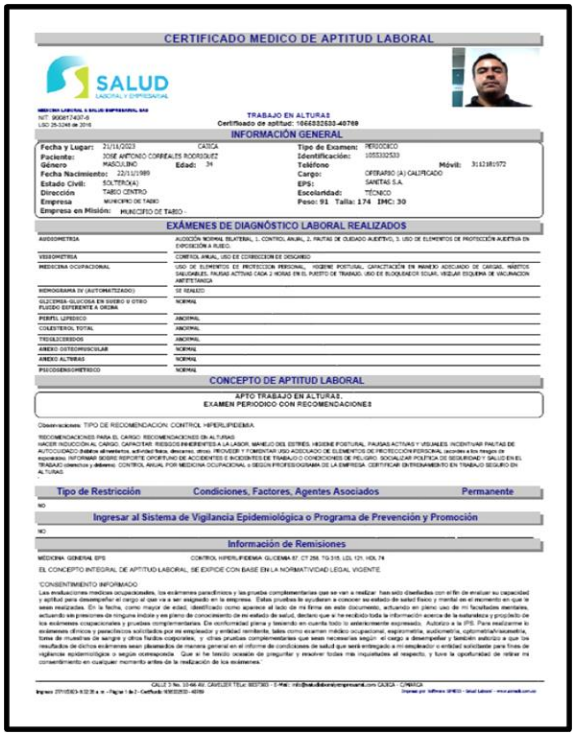
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL EPS	LUMBAGO CRONICO

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1068832533-40769

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JOSE ANTONIO CORREALES RODRIGUEZ	Identificación:	1053332533
Género	MASCULINO Edad: 34	Teléfono	Móvil: 3112181572
Fecha Nacimiento:	22/11/1989	Cargo:	OFFBARSO (A) CALIFICADO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	TABIO CENTRO	Escolaridad:	TECNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 91 Talla: 174 IMC: 30	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION DE DESCANSO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS EE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO EE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
PERFIL LIPIDICO	ANORMAL
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
TRIGLICERIDOS	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: CONTROL HIPERLIPIDEMIA

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES EN ALTURAS
HACER INDUCCION AL CARGO, CAPACITAR: RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRES, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES, INCENTIVAR PAUTAS DE AUTOCUIDADO (hábitos alimenticios, actividad física, descanso, otros), PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (acordes a los riesgos de exposición), INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO O CONDICIONES DE PELIGRO, SOCIALIZAR POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (derechos y deberes), CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL o SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

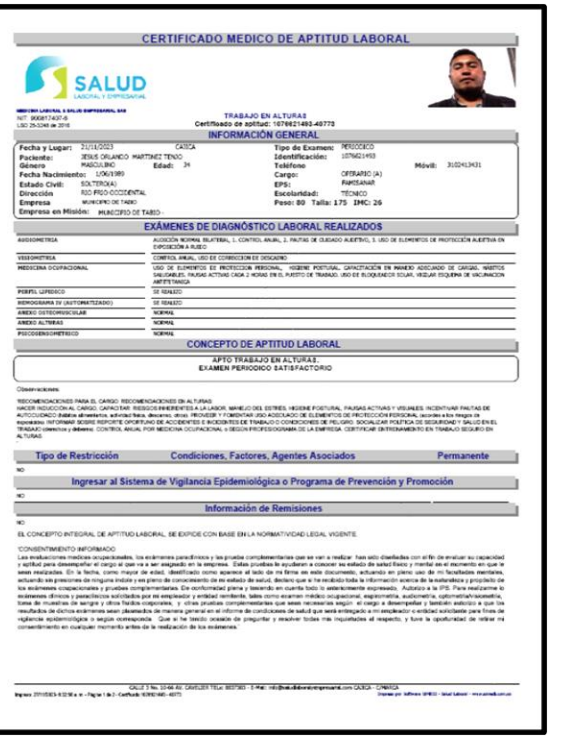
NO

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL EPS — CONTROL HIPERLIPIDEMIA GLICEMIA 87 CT 256 TG 315 LDL 121 HDL 74

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1078621493-40773

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JESUS ORLANDO MARTINEZ TENJO	Identificación:	1078621493
Género	MASCULINO Edad: 24	Teléfono	Móvil: 3102413431
Fecha Nacimiento:	1/06/1999	Cargo:	OFFBARSO (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	RIO PRO OCCIDENTAL	Escolaridad:	TECNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 80 Talla: 175 IMC: 26	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION DE DESCANSO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS EE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO EE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	SE REALIZO
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES EN ALTURAS
HACER INDUCCION AL CARGO, CAPACITAR: RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRES, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES, INCENTIVAR PAUTAS DE AUTOCUIDADO (hábitos alimenticios, actividad física, descanso, otros), PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (acordes a los riesgos de exposición), INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO O CONDICIONES DE PELIGRO, SOCIALIZAR POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (derechos y deberes), CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL o SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

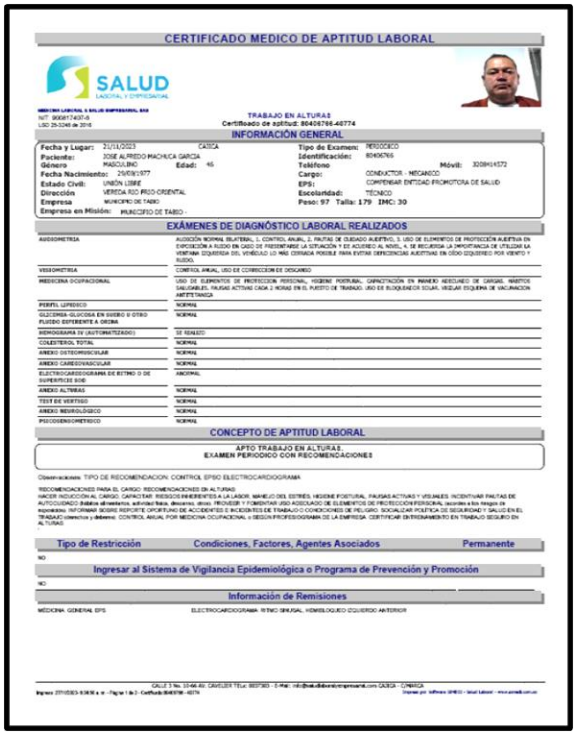
NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 80406766-40774

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JOSE ALFREDO MADRIGA GARCIA	Identificación:	80406766
Género	MASCULINO Edad: 46	Teléfono	Móvil: 3008141572
Fecha Nacimiento:	29/09/1977	Cargo:	CONDUCTOR - MECANICO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA RIO FRIO ORIENTAL	Escolaridad:	TECNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 97 Talla: 179 IMC: 30	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y EE ACUDIRÁ AL NIVEL 4, SE RECURRIRÁ LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR LA VENTANA IZQUIERDA DEL VEHÍCULO LO MÁS CERRADA POSIBLE PARA EVITAR DEFICIENCIAS AUDITIVAS EN ÓDO IZQUIERDO POR VIENTO Y RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION EE DESCANSO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO EE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
COLESTEROL TOTAL	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE EOE	ANORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
ANEXO NEUROLÓGICO	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: CONTROL EPSO ELECTROCARDIOGRAMA

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES EN ALTURAS
HACER INDUCCION AL CARGO, CAPACITAR: RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRES, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES, INCENTIVAR PAUTAS DE AUTOCUIDADO (hábitos alimenticios, actividad física, descanso, otros), PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (acordes a los riesgos de exposición), INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO O CONDICIONES DE PELIGRO, SOCIALIZAR POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (derechos y deberes), CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL o SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

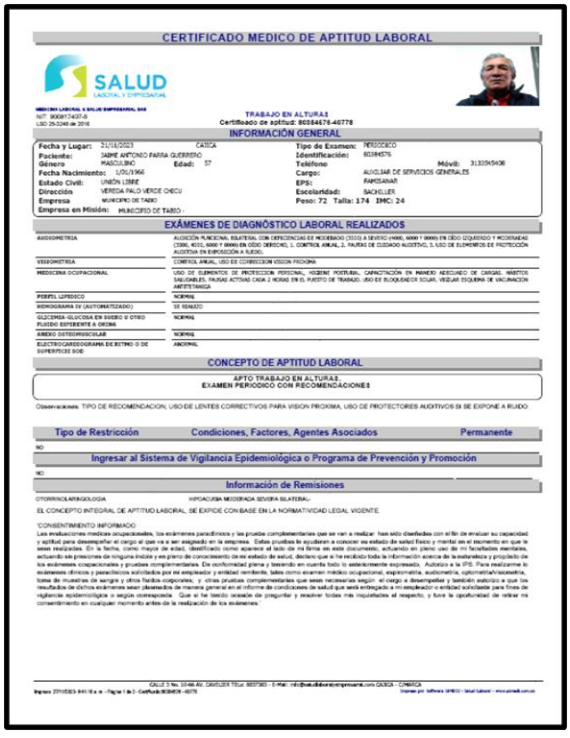
Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL EPS — ELECTROCARDIOGRAMA RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO IZQUIERDO ANTERIOR



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 80384674-40778

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JAIME ANTONIO PARRA GUERRERO	Identificación:	80384674
Género	MASCULINO Edad: 57	Teléfono	Móvil: 3133945408
Fecha Nacimiento:	1/01/1966	Cargo:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMISANAR
Dirección	VEREDA PALO VERDE CHICU	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 72 Talla: 174 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS EE MODERADO (3000 A SEVERO (4000, 6000 Y 8000) EN ÓDO IZQUIERDO Y MODERADAS (2000, 4000, 6000 Y 8000) EN ÓDO DERECHO, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO EE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE EOE	ANORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA — HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA SEVERA BILATERAL.

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 80405842-46779

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	GUSTAVO GOMEZ	Identificación:	80405842
Género	MASCULINO Edad: 54	Teléfono	Móvil: 3208749137
Fecha Nacimiento:	28/01/1969	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	VEREDA EL SALITRE	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 66 Talla: 172 IMC: 22	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE CÓCO IZQUIERDO, AUDICIÓN FUNCIONAL CÓCO DERECHO (SÓLO LA FRECUENCIA DE 8000 ESTÁ LEVEMENTE FUERA DE LÍMITE), 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO (DOBLE PROTECCIONES SITI EL CASO), 4. SE SUGIERE LUBRICACIÓN OTICA BILATERAL
VISIOMETRIA	CORREGIL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION LEJANA Y VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VEGUAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	ANORMAL
GLICEMIA -GLICOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO ALTURAS	ANORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
ANEXO NEUROLÓGICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES EN ALTURAS
HACER INDUCCIÓN AL CARGO; CAPACITAR: RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRES, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES. INCENTIVAR PAUTAS DE AUTOCUIDADO (hábitos alimenticios, actividad física, descanso, otros). PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL acordes a los riesgos de exposición. INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO O CONDICIONES DE PELIGRO. SOCIALIZAR POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (derechos y deberes). CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL o SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE MODERADA BILATERAL
MEDICINA GENERAL EPS	CONTROL DISLIPIDIA CT 287, TG 162, LDL 172, - HDL 62 GLICEMIA 89

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1078621311-46784

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	ROSMARY GUTIERREZ YEPES	Identificación:	1078621311
Género	FEMENINO Edad: 35	Teléfono	Móvil: 3214453646
Fecha Nacimiento:	17/11/1988	Cargo:	TECNICO ADMINISTRATIVO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	VEREDA RIO FRIO ORIENTAL	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 72 Talla: 157 IMC: 29	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y ES ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CORREGIL ANUAL, USO DE CORRECCION DE DOSCIENTO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

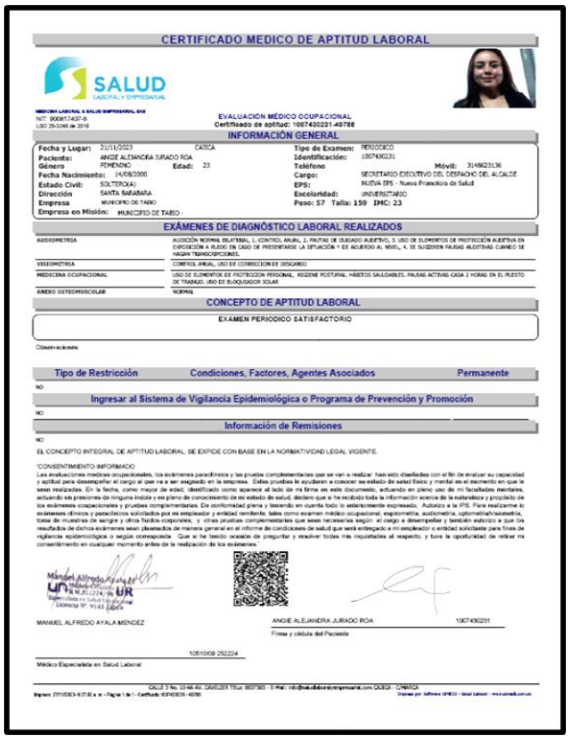
NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolso, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

ROSMARY GUTIERREZ YEPES 1078621311
Firma y cédula del Paciente



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1067430231-46788

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	ANGIE ALEJANDRA JURADO ROA	Identificación:	1067430231
Género	FEMENINO Edad: 23	Teléfono	Móvil: 3148023136
Fecha Nacimiento:	14/08/2000	Cargo:	SECRETARIO EJECUTIVO DEL DESPACHO DEL ALCALDE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	SANTA BARBARA	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 57 Talla: 159 IMC: 23	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y ES ACUERDO AL NIVEL, 4. SE SUGIERE PAUSAS AUDITIVAS CUANDO SE HAGAN TRANSCRIPCIONES.
VISIOMETRIA	CORREGIL ANUAL, USO DE CORRECCION DE DOSCIENTO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolso, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

ANGIE ALEJANDRA JURADO ROA 1067430231
Firma y cédula del Paciente



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 58210247-46789

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	HILDA ROCIO HURTADO ANDRADE	Identificación:	58210247
Género	MASCULINO Edad: 38	Teléfono	Móvil: 3214903093
Fecha Nacimiento:	5/03/1985	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:		EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	VEREDA SANTA BARBARA CENTRO	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 59 Talla: 169 IMC: 21	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL CÓCO DERECHO (DIFERENCIAS LEVES EN FRECUENCIAS DE 4000 Y 8000), AUDICIÓN NORMAL CÓCO IZQUIERDO, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y ES ACUERDO AL NIVEL, 4. SE SUGIERE LIMPIEZA OTICA BILATERAL
VISIOMETRIA	CORREGIL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE DERECHA-

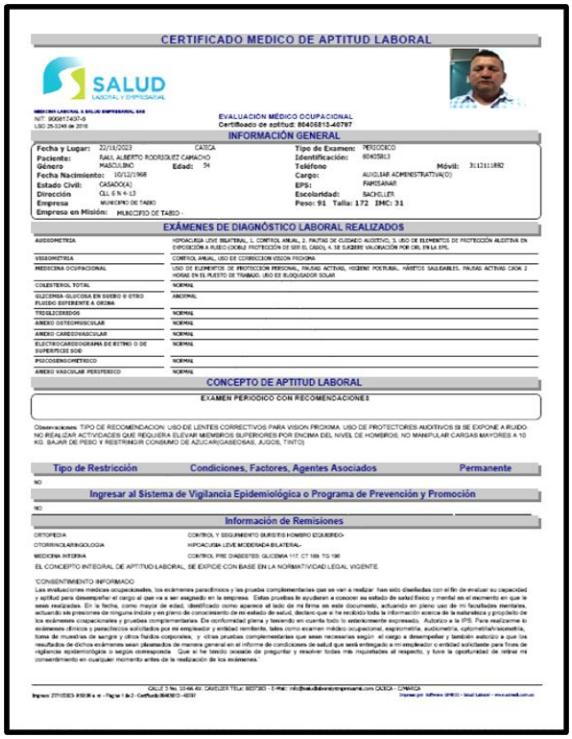
EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolso, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

HILDA ROCIO HURTADO ANDRADE 58210247
Firma y cédula del Paciente

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80405813-40797

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	RAUL ALBERTO RODRIGUEZ CAMACHO	Identificación:	80405813
Género	MASCULINO Edad: 54	Teléfono	Móvil: 3112111882
Fecha Nacimiento:	10/12/1968	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CLL 6 N 4-13	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 91 Talla: 172 IMC: 31	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE BILATERAL 1, CONTROL ANUAL 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICION A RUIDO (DOBLE PROTECCION DE 105 EL CASO), 4, SE SUGIERE VACUNACION POR DRL EN LA EPS.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR
COLESTEROL TOTAL	NORMAL
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
TRIGLICERIDOS	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO. NO REALIZAR ACTIVIDADES QUE REQUIERA ELEVAR MIEMBROS SUPERIORES POR ENCIMA DEL NIVEL DE HOMBROS. NO MANIPULAR CARGAS MAYORES A 10 KG. BAJAR DE PESO Y RESTRINGIR CONSUMO DE AZUCAR/GASEOSAS, AJUGOS, TINTO)

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

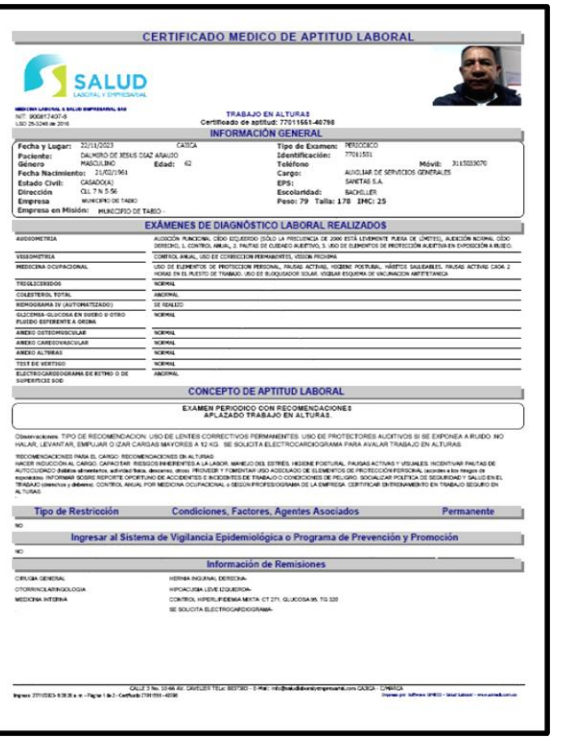
Información de Remisiones

ORTOPEDIA	CONTROL Y SEGUIMIENTO DURGITIS HOMBRO IZQUIERDO-
OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE MODERADA BILATERAL-
MEDICINA INTERNA	CONTROL PRE DIABESTES GLICEMIA 117, CT 189, TG 196

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 77011561-40798

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	DALMIRO DE JESUS DIAZ ARAUJO	Identificación:	77011561
Género	MASCULINO Edad: 62	Teléfono	Móvil: 3115333670
Fecha Nacimiento:	21/02/1961	Cargo:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CLL 7 N 5 56	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 79 Talla: 178 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL OÍDO IZQUIERDO (OÍDO LA PRESENCIA DE 2000 ESTÁ LEVEMENTE PLEGA DE LÍMITES), AUDICIÓN NORMAL OÍDO DERECHO, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES, VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
TRIGLICERIDOS	NORMAL
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
REMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	ANORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APLAZADO TRABAJO EN ALTURAS

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONEA A RUIDO. NO HALAR, LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 92 KG. SE SOLICITA ELECTROCARDIOGRAMA PARA AVALIAR TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES EN ALTURAS
HACER INDUCCION AL CARGO. CAPACITAR: RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRES, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES, INCENTIVAR PAUTAS DE AUTOCUIDADO (hábitos alimenticios, actividad física, descanso, otros). PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (acordes a los riesgos de exposición). INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO O CONDICIONES DE PELIGRO. SOCIALIZAR POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (derechos y deberes). CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL Y SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA. CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

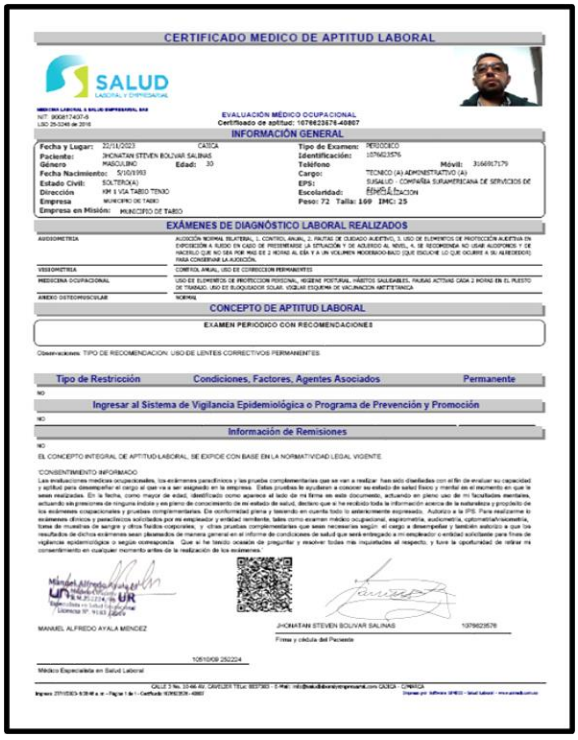
Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

CIRUGIA GENERAL	HERNIA INGUINAL DERECHA-
OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE IZQUIERDA-
MEDICINA INTERNA	CONTROL HIPERLIPIDEMIA MIXTA CT 271, GLUCOSA 96, TG 320
	SE SOLICITA ELECTROCARDIOGRAMA-



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076623676-40807

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JHONATAN STEVEN BOLIVAR SALINAS	Identificación:	1076623676
Género	MASCULINO Edad: 33	Teléfono	Móvil: 3166917179
Fecha Nacimiento:	5/10/1993	Cargo:	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD
Dirección	KM 5 VIA TABIO TENJO	Escolaridad:	BACHILLERATO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 72 Talla: 169 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4, SE RECOMIENDA NO USAR AUDÍFONOS Y DE HACERLO QUE NO SEA POR MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO-BAJO (QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

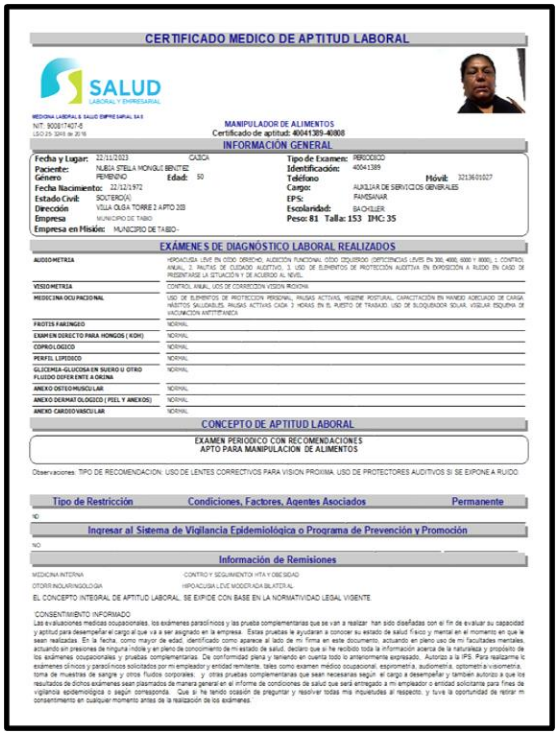
MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

Médico Especialista en Salud Laboral

1051006 252224

JHONATAN STEVEN BOLIVAR SALINAS 1076623676

Firma y cédula del Paciente



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 40041389-40808

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	NUBIA STELLA MONGUI BENITEZ	Identificación:	40041389
Género	FEMENINO Edad: 50	Teléfono	Móvil: 3213601027
Fecha Nacimiento:	22/12/1972	Cargo:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	VILLA OLGA TORRE 2 APTO 203	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 81 Talla: 153 IMC: 35	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE EN OÍDO DERECHO, AUDICIÓN FUNCIONAL OÍDO IZQUIERDO (OPTOTIPICAS LEVES EN 300, 4000, 6000 Y 8000), 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGA, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
FROTIS FARINGEO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO DERMATOLOGICO (PIEL Y ANEXOS)	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

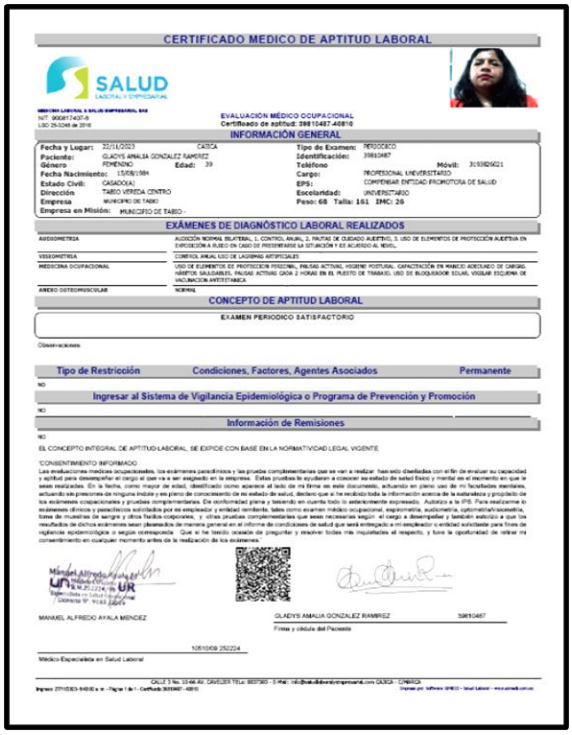
MEDICINA INTERNA	CONTRO Y SEGUIMIENTO HTA Y OBESIDAD
OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE MODERADA BILATERAL-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39810487-40810

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CATICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	GLADYS AMALIA GONZALEZ RAMIREZ	Identificación:	39810487
Género	FEMENINO Edad: 39	Teléfono	Móvil: 3130826021
Fecha Nacimiento:	15/08/1984	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	TABIO VEREDA CENTRO	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 68 Talla: 161 IMC: 26	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 2, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE LAGRIMAS ARTIFICIALES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

GLADYS AMALIA GONZALEZ RAMIREZ 39810487

Firma y cédula del Paciente

1051009 252224

Médico Especialista en Salud Laboral

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837383 - E-Mail: info@saludlaboralyempresarial.com CAJICA - CUNDINA



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1078367150-40811

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CATICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	DAVID LEONARDO GARZON YAZO	Identificación:	1078367150
Género	MASCULINO Edad: 35	Teléfono	Móvil: 3123320545
Fecha Nacimiento:	23/02/1988	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	VEREDA CENTSUA FINCA SANTA ROSITA	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 71 Talla: 172 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL CÓDIGO DERECHO (SOLO LA FRECUENCIA DE 8000 ESTÁ LEVEMENTE PLENA DE LÍMITE), AUDICIÓN NORMAL CÓDIGO IZQUIERDO, 2, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA HIPOACUSIA LEVE IZQUIERDA

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

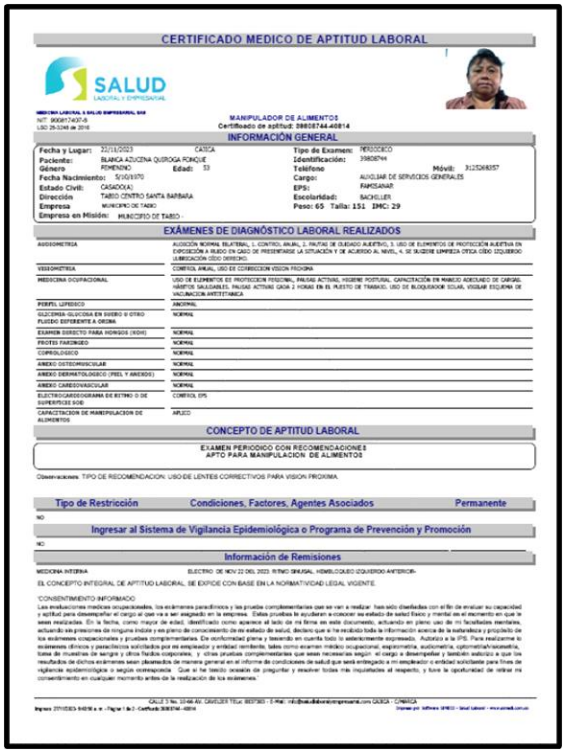
DAVID LEONARDO GARZON YAZO 1078367150

Firma y cédula del Paciente

1051009 252224

Médico Especialista en Salud Laboral

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837383 - E-Mail: info@saludlaboralyempresarial.com CAJICA - CUNDINA



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 39808744-40814

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CATICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	BLANCA AZUCENA QUIROGA RONCUE	Identificación:	39808744
Género	FEMENINO Edad: 53	Teléfono	Móvil: 3125268357
Fecha Nacimiento:	5/10/1970	Cargo:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	TABIO CENTRO SANTA BARBARA	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 65 Talla: 151 IMC: 29	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 2, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4, SE SUGIERE LIMPIEZA OTICA CÓDIGO IZQUIERDO (LUBRICACIÓN CÓDIGO DERECHO)
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	ANORMAL
GLICEMIA- GLICEMIA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
PROTEO FARINGEO	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO DERMATOLOGICO (PIEL Y ANEXOS)	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	CONTROL EPS
CAPACITACION DE MANIPULACION DE ALIMENTOS	APLICO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

MEDICINA INTERNA ELECTRO DE NOV 22 DEL 2023. RITMO SINUSAL. HEMIBLOQUEO IZQUIERDO ANTERIOR-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837383 - E-Mail: info@saludlaboralyempresarial.com CAJICA - CUNDINA



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35472576-40814

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CATICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	YOLANDA TORRES SERRANO	Identificación:	35472576
Género	FEMENINO Edad: 59	Teléfono	Móvil: 3205756679
Fecha Nacimiento:	29/03/1963	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	PAROQUIAON VILLA OLGA TORRE 10 APTO 203	Escolaridad:	TECNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 93 Talla: 162 IMC: 35	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL CÓDIGO DERECHO (SOLO LA FRECUENCIA DE 6000 ESTÁ LEVEMENTE PLENA DE LÍMITE), AUDICIÓN NORMAL, EQUIDISTO, 2, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4, SE RECOMIENDA NO USAR AUDIFONOS Y DE RACIMO QUE NO SEA POR MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO BAJO QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	Electrocardiograma Normal
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA HIPOACUSIA LEVE IZQUIERDA

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837383 - E-Mail: info@saludlaboralyempresarial.com CAJICA - CUNDINA

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80405966-40816

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	GERMAN HUMBERTO CASTILLO AGUIRRE	Identificación:	80405966
Género	MASCULINO Edad: 54	Teléfono	Móvil: 3204760649
Fecha Nacimiento:	9/11/1969	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CARRERA 7 N 0 -131 TORRE 1 APTO 405	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 82 Talla: 170 IMC: 28	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS DE LEVE (3000 Y 3000) A MODERADO (4000, 6000 Y 6000) EN OIDO DERECHO Y DE LEVE (3000) A MODERADO (4000, 6000 Y 6000) EN OIDO IZQUIERDO. 1. CONTROL ANUAL. 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO. 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA EN EXPOSICION A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACION Y DE ACUERDO AL NIVEL. 4. SE SUGIERE LUBRICACIÓN OTICA BILATERAL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL. USO DE CORRECCION PERMANENTES.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. PAUSAS ACTIVAS. HIGIENE POSTURAL. HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	ANORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONEA A RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

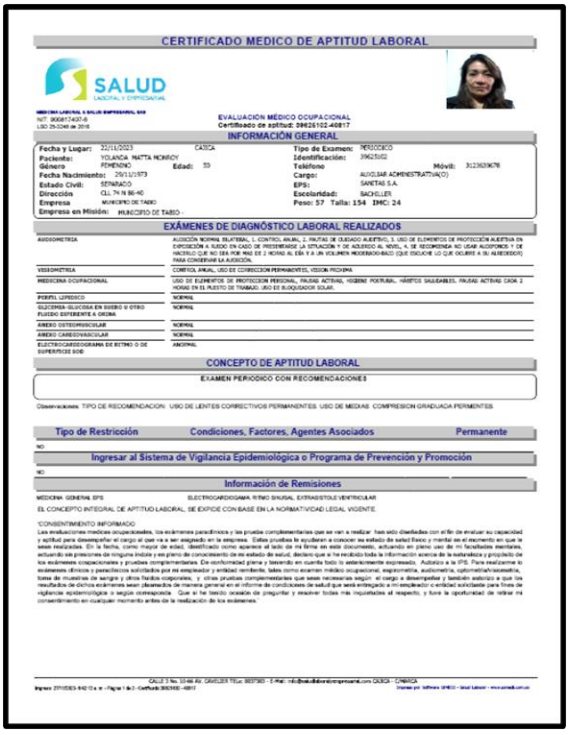
Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA HIPOACUSIA LEVE MODERADA BILATERAL

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que la sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39626102-40817

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	YOLANDA MATTA MORROY	Identificación:	39626102
Género	FEMENINO Edad: 59	Teléfono	Móvil: 3123639678
Fecha Nacimiento:	29/11/1973	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CLL 7A N 8E-40	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 57 Talla: 154 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL. 1. CONTROL ANUAL. 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO. 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL. 4. SE RECOMIENDA NO USAR AUDIFONOS Y DE HACERLO QUE NO SEA POR MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO-BAJO (QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICION.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL. USO DE CORRECCION PERMANENTES. VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. PAUSAS ACTIVAS. HIGIENE POSTURAL. HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	ANORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. USO DE MEDIAS COMPRESION GRADUADA PERMENTES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

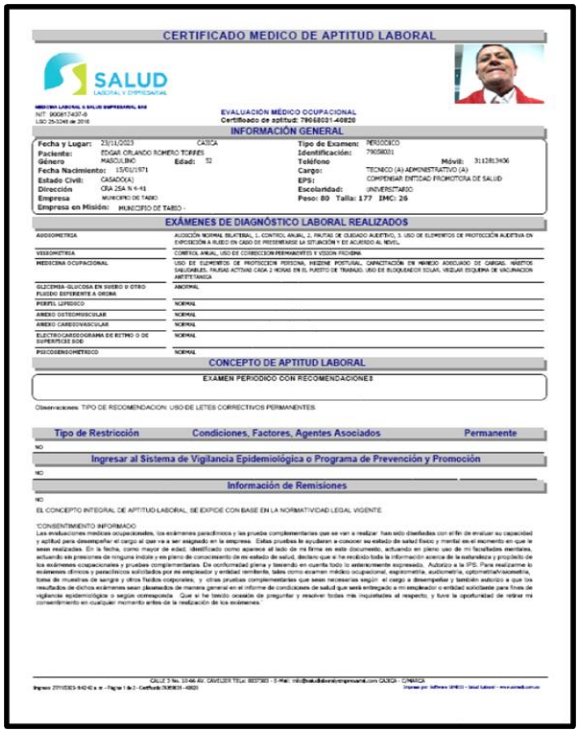
Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL EPS ELECTROCARDIOGRAMA RITMO SINUSAL EXTRASISTOLE VENTRICULAR

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que la sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79068031-40820

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	EDGAR ORLANDO ROMERO TORRES	Identificación:	79068031
Género	MASCULINO Edad: 52	Teléfono	Móvil: 3112813406
Fecha Nacimiento:	15/01/1971	Cargo:	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMFENALR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 25A N 4-41	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 80 Talla: 177 IMC: 26	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL. 1. CONTROL ANUAL. 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO. 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL. USO DE CORRECCION PERMANENTES Y VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. HIGIENE POSTURAL. CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LETES CORRECTIVOS PERMANENTES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

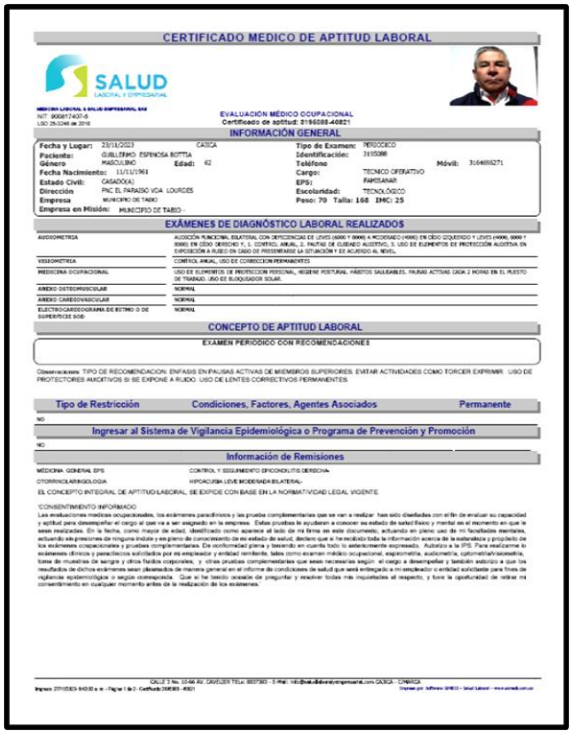
Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que la sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 3196088-40821

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	GUILLERMO ESPINOSA BOTTIA	Identificación:	3196088
Género	MASCULINO Edad: 62	Teléfono	Móvil: 3164695271
Fecha Nacimiento:	11/11/1961	Cargo:	TECNICO OPERATIVO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	PIC EL PARAISO VDA LOURDES	Escolaridad:	TECNOLÓGICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 70 Talla: 168 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS DE LEVES (4000 Y 6000) A MODERADO (4000) EN OÍDO IZQUIERDO Y LEVES (4000, 6000 Y 8000) EN OÍDO DERECHO Y. 1. CONTROL ANUAL. 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO. 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL. USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. HIGIENE POSTURAL. HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: ENFASIS EN PAUSAS ACTIVAS DE MIEMBROS SUPERIORES. EVITAR ACTIVIDADES COMO TORCER EXPRIMIR. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO. USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL EPS CONTROL Y SEGUIMIENTO EPICONDILITIS DERECHA

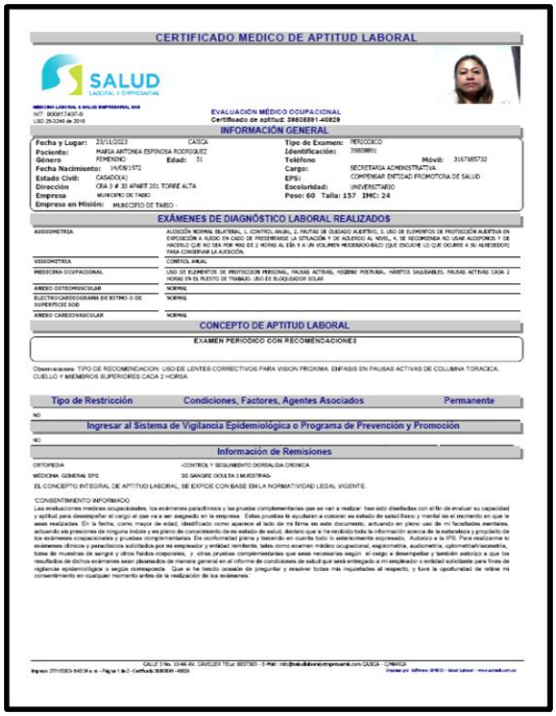
OTORRINOLARINGOLOGIA HIPOACUSIA LEVE MODERADA BILATERAL

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que la sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39808891-40829

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	MARIA ANTONIA ESPINOSA RODRIGUEZ	Identificación:	39808891
Género	FEMENINO Edad: 51	Teléfono	Móvil: 3167385732
Fecha Nacimiento:	14/08/1972	Cargo:	SECRETARIA ADMINISTRATIVA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMFENIAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 3 # 30 APART 201 TORRE ALTA	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 60 Talla: 157 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1.-CONTROL ANUAL, 2.-PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3.-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4.-SE RECOMIENDA NO USAR AUDÍFONOS Y DE HACERLO QUE NO SEA POR MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO-BAJO (QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA. ENFASIS EN PAUSAS ACTIVAS DE COLUMNA TORACICA, CUELLO Y MIEMBROS SUPERIORES CADA 2 HORSA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

ORTOPEDIA -CONTROL Y SEGUIMIENTO DORSALGIA CRONICA
MEDICINA GENERAL EPS SII SANGRE OCULTA 3 MUESTRAS-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental es el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolso, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 20803347-40830

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	LUZ RUBIELA LAVERDE BORRERO	Identificación:	20803347
Género	FEMENINO Edad: 59	Teléfono	Móvil: 3123470299
Fecha Nacimiento:	12/08/1964	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD
Dirección	CALLE 4 N 1 - 27	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 51 Talla: 151 IMC: 22	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL OÍDO IZQUIERDO (OÍDO LAS FRECUENCIAS DE 4000, 6000 Y 8000 ESTÁN LEVEMENTE PLENA DE LÍMITES), AUDICIÓN NORMAL OÍDO DERECHO, 1.-CONTROL ANUAL, 2.-PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3.-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA HIPOACUSIA LEVE IZQUIERDA

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental es el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolso, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1070013783-40803

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	CARLOS ALBERTO GONZALEZ GARITTHA	Identificación:	1070013783
Género	MASCULINO Edad: 29	Teléfono	Móvil: 3168994594
Fecha Nacimiento:	7/02/1994	Cargo:	SECRETARIO DE DESPACHO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CLL 13 N 4A-48 EL MISTERIO	Escolaridad:	ESPECIALIZACION
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 75 Talla: 178 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1.-CONTROL ANUAL, 2.-PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3.-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4.-SE RECOMIENDA NO USAR AUDÍFONOS Y DE HACERLO QUE NO SEA POR MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO-BAJO (QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAS ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ESCALERAS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: LIMITAR USO DE ESCALERAS, CUESTAS PENDIENTES O BAJADAS, DE USAR ESCALERAS USE PASAMANOS. NO CORRA. NO REALIZAR ACTIVIDADES EN CUCLILLAS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

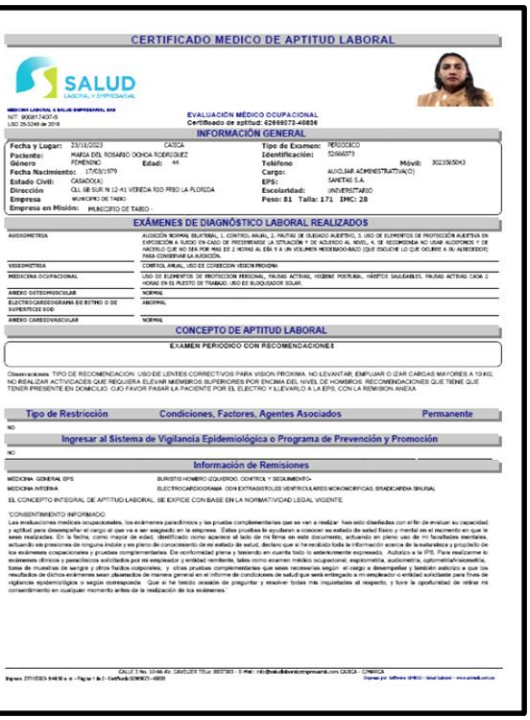
NO

Información de Remisiones

OFTALMOLOGIA CONTROL Y SEGUIMIENTO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental es el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolso, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 62696073-40836

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	MARIA DEL ROSARIO OCHOA RODRIGUEZ	Identificación:	52660073
Género	FEMENINO Edad: 44	Teléfono	Móvil: 3023365043
Fecha Nacimiento:	17/03/1979	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CLL 5B SUR N 12-41 VEREDA RIO FRIO LA FLORIDA	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 81 Talla: 171 IMC: 28	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1.-CONTROL ANUAL, 2.-PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3.-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4.-SE RECOMIENDA NO USAR AUDÍFONOS Y DE HACERLO QUE NO SEA POR MAS DE 2 HORAS AL DÍA Y A UN VOLUMEN MODERADO-BAJO (QUE ESCUCHE LO QUE OCURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	ANORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA. NO LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG, NO REALIZAR ACTIVIDADES QUE REQUIERA ELEVAR MIEMBROS SUPERIORES POR ENCIMA DEL NIVEL DE HOMBROS. RECOMENDACIONES QUE TIENE QUE TENER PRESENTE EN DOMICILIO :OJO FAVOR PASAR LA PACIENTE POR EL ELECTRO Y LLEVARLO A LA EPS, CON LA REMISION ANEXA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

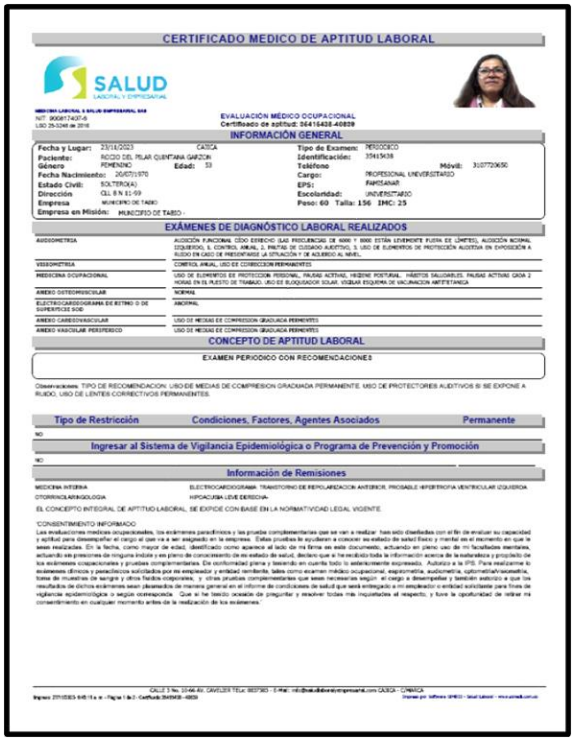
Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL EPS SUROSTO HOMERO IZQUIERDO: CONTROL Y SEGUIMIENTO-
MEDICINA INTERNA ELECTROCARDIOGRAMA: DON EXTRASISTOLES VENTRICULARES MONOMORFICAS, BRADICARDIA SINUSAL

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental es el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolso, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 26416438-40839

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	ROCIO DEL PILAR QUINTANA GARZON	Identificación:	35415638
Género	FEMENINO Edad: 53	Teléfono	Móvil: 3107720650
Fecha Nacimiento:	20/07/1970	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CL 8 N 11-59	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 60 Talla: 156 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL CÓDIGO EXPEDIDO: (LAS FRECUENCIAS DE 6000 Y 8000 ESTÁN LEVEMENTE FUERA DE LÍMITES), AUDICIÓN NORMAL 1(DUDOSO), 2, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPSO O DE SUPERFICIE SOD	ANORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PERMENTES
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PERMENTES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADIADA PERMANENTE, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO, USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

MEDICINA INTERNA — ELECTROCARDIOGRAMA: TRANSTORNO DE REPOLARIZACION ANTERIOR, PROBABLE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

OTORRINOLARINGOLOGIA — HIPOACUSIA LEVE DERECHA-

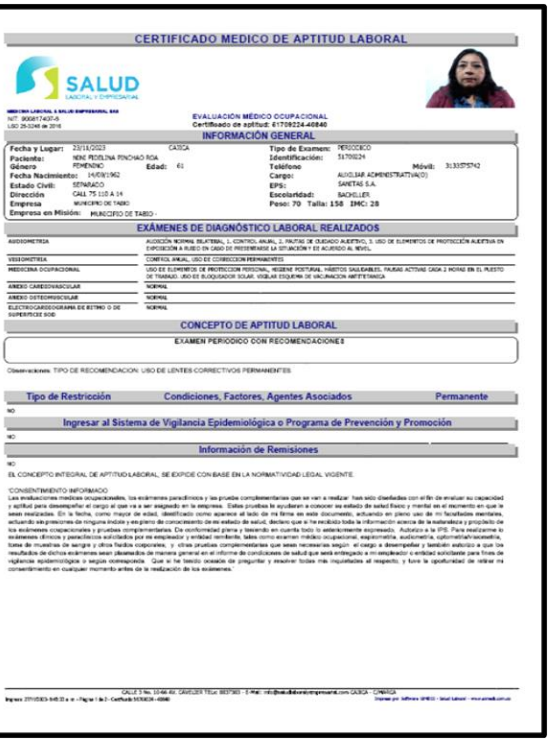
EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837365 - E-Mail: info@saludlaboralyempresarial.com CASCA - CUNDINA

Impreso 27/11/2023 6:45:19 a. m. - Página 1 de 2 - Certificado: 26416438 - 40839



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 41709224-40840

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	NENI PEDELINA PINCHAO ROA	Identificación:	51709224
Género	FEMENINO Edad: 61	Teléfono	Móvil: 3133575742
Fecha Nacimiento:	14/09/1962	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CALL 75 11B A 14	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 70 Talla: 158 IMC: 28	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPSO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837365 - E-Mail: info@saludlaboralyempresarial.com CASCA - CUNDINA

Impreso 27/11/2023 6:46:32 a. m. - Página 1 de 2 - Certificado: 41709224 - 40840



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39810566-40841

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	DIANA MARCELA ABRIL BALLEN	Identificación:	39810565
Género	FEMENINO Edad: 38	Teléfono	Móvil: 3002451755
Fecha Nacimiento:	21/01/1985	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	UNION LIBRE	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CENTRO SANTA BARBARA	Escolaridad:	TÉCNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 63 Talla: 166 IMC: 23	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION ES DESCARGO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: NO EXPONERSE AL SOL, EVITAR DE USO DE BLOQUADOR SOLAR. PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES CADA 4 HORAS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

MEDICINA INTERNA — CONTROL Y SEGUIMIENTO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

Médico Especialista en Salud Laboral

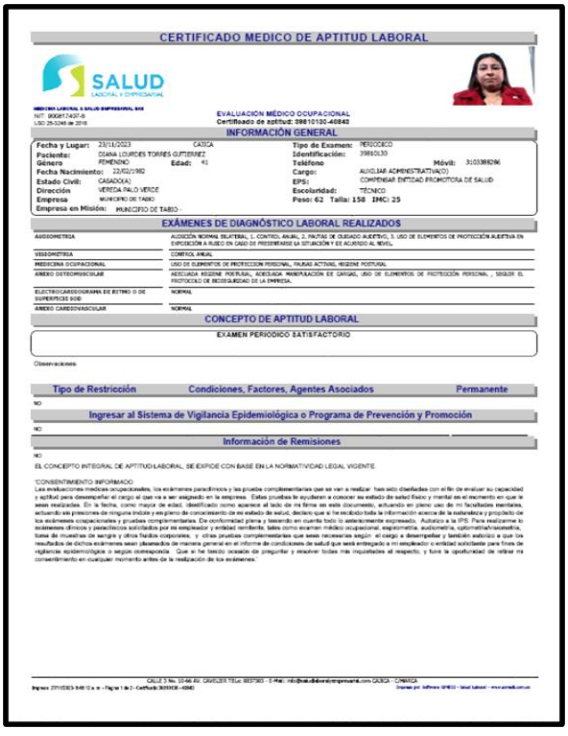
1051/008/252224

DIANA MARCELA ABRIL BALLEN 39810565

Firma y cédula del Paciente

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837365 - E-Mail: info@saludlaboralyempresarial.com CASCA - CUNDINA

Impreso 27/11/2023 6:45:52 a. m. - Página 1 de 2 - Certificado: 39810566 - 40841



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39810130-40842

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	DIANA LOURDES TORRES GUTIERREZ	Identificación:	39810130
Género	FEMENINO Edad: 41	Teléfono	Móvil: 3103388296
Fecha Nacimiento:	22/02/1982	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMFENDIAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA PALO VERDE	Escolaridad:	TÉCNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 62 Talla: 158 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1, CONTROL ANUAL, 2, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, , SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA.
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPSO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

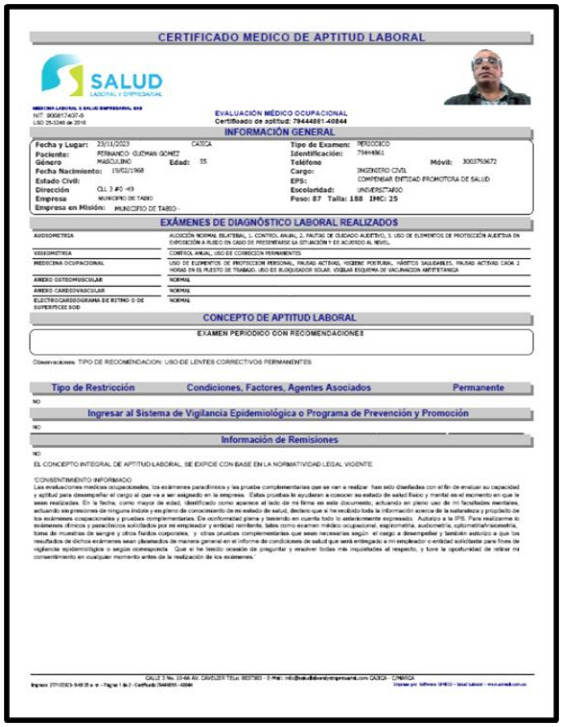
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que a he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837365 - E-Mail: info@saludlaboralyempresarial.com CASCA - CUNDINA

Impreso 27/11/2023 6:46:12 a. m. - Página 1 de 2 - Certificado: 39810130 - 40842

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79444861-40844

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CASICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	FERNANDO GUEVARA GOMEZ	Identificación:	79444861
Género	MASCULINO Edad: 55	Teléfono	Móvil: 3003753672
Fecha Nacimiento:	19/02/1968	Cargo:	INGENIERO CIVIL
Estado Civil:		EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CLL 3 #0 -49	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 87 Talla: 188 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y ES ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

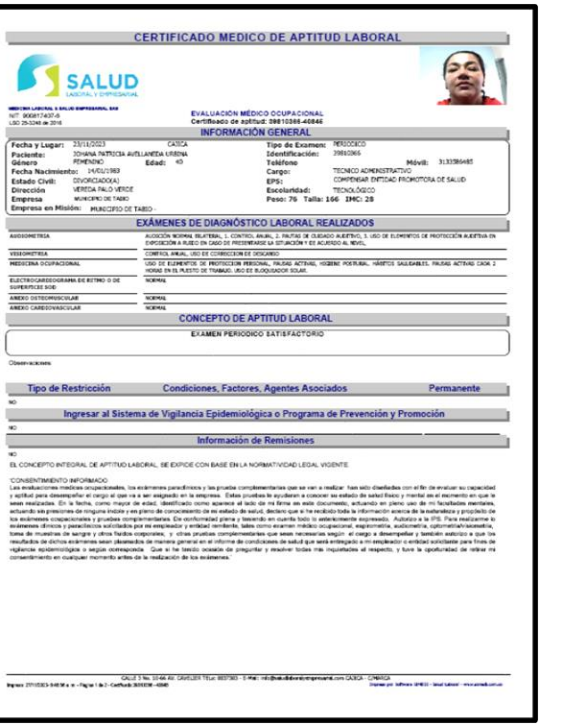
Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolsante, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido acasio de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39810366-40846

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/11/2023 CASICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JOHANA PATRICIA AVELLANEDA USEDNA	Identificación:	39810366
Género	FEMENINO Edad: 40	Teléfono	Móvil: 3133586485
Fecha Nacimiento:	14/01/1983	Cargo:	TECNICO ADMINISTRATIVO
Estado Civil:	DIVORCIADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA PALO VERDE	Escolaridad:	TECNOLÓGICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 76 Talla: 166 IMC: 28	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y ES ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES DESCANSO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

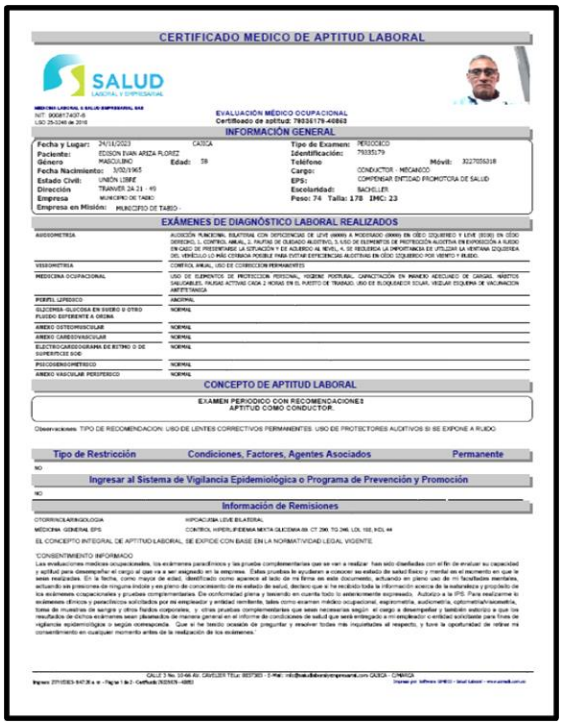
Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolsante, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido acasio de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79036179-40863

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/11/2023 CASICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	EDISON IVAN ARIZA FLOREZ	Identificación:	79036179
Género	MASCULINO Edad: 39	Teléfono	Móvil: 3227055318
Fecha Nacimiento:	3/02/1985	Cargo:	CONDUCTOR - MECANICO
Estado Civil:	UNION LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	TRANVIA 2A 21 - 49	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 74 Talla: 178 IMC: 23	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN PUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS DE LEVE (4000) A MODERADO (8000) EN OÍDO IZQUIERDO Y LEVE (8000) EN OÍDO DERECHO, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y ES ACUERDO AL NIVEL, 4. SE REQUIERA LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR LA VENTANA IZQUIERDA DEL VEHÍCULO LO MÁS COSMICA POSIBLE PARA EVITAR EFICIENCIAS AUDITIVAS EN OÍDO IZQUIERDO POR VIENTO Y RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	ANORMAL
GLICEMIA -GLICOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTITUD COMO CONDUCTOR

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

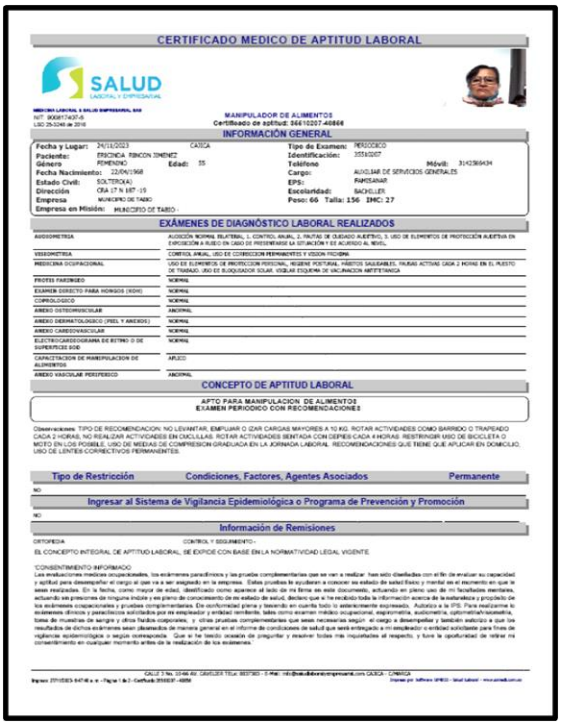
Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE BILATERAL
MEDICINA GENERAL EPS	CONTROL HIPERLIPIDEMIA MIXTA GLICEMIA 88 CT 290, TG 246, LDL 150, HDL 44

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolsante, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido acasio de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35610207-40866

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/11/2023 CASICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	ERICINDA RINCON JIMENEZ	Identificación:	35610207
Género	FEMENINO Edad: 55	Teléfono	Móvil: 3142369434
Fecha Nacimiento:	22/04/1968	Cargo:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	RAMSANAR
Dirección	CRA 17 N 187 -19	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 60 Talla: 156 IMC: 27	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y ES ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES Y VISION PICKENS
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PROTES PARZIBIDO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ANORMAL
ANEXO DERMATOLOGICO (PIEL Y ANEXOS)	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
CAPACITACION DE MANIPULACION DE ALIMENTOS	APLICO
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	ANORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: NO LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG. ROTAR ACTIVIDADES COMO BARRIDO O TRAPEADO CADA 2 HORAS. NO REALIZAR ACTIVIDADES EN CUCLILLAS. ROTAR ACTIVIDADES SENTADA CON DESPIES CADA 4 HORAS. RESTRINGIR USO DE BICICLETA O MOTO EN LOS POSIBLE. USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUACA EN LA JORNADA LABORAL. RECOMENDACIONES QUE TIENE QUE APLICAR EN DOMICILIO. USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

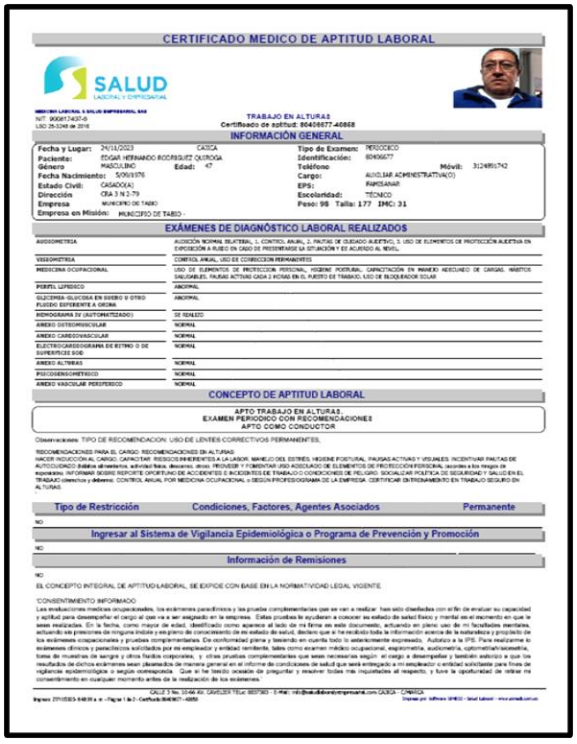
ORTOPEDIA	CONTROL Y SEGUIMIENTO -

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar has sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad rembolsante, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido acasio de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 80405877-40868

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	EDGAR HERNANDO RODRIGUEZ QUIROGA	Identificación:	80405877
Género	MASCULINO Edad: 47	Teléfono Móvil:	3124891742
Fecha Nacimiento:	5/09/1976	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	PAMSANAR
Dirección	CRA 3 N 2-79	Escolaridad:	TECNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 98 Talla: 177 IMC: 31	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y ES ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CORREG. ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR
PERFIL LIPIDICO	ANORMAL
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
RENOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTO COMO CONDUCTOR

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES EN ALTURAS
HACER INDUCCION AL CARGO, CAPACITAR: RIESGOS INHERENTES A LA LABOR, MANEJO DEL ESTRÉS, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES, INCENTIVAR PAUTAS DE AUTOCUIDADO (tablas alimenticia, actividad física, descanso, otros), PROVEER Y FOMENTAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (acorde a los riesgos de exposición), INFORMAR SOBRE REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO O CONDICIONES DE PELIGRO, SOCIALIZAR POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (derechos y deberes), CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL o SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA, CERTIFICAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometría/agudeza visual, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80405878-40869

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	HUMBERTO RODRIGUEZ JULIO	Identificación:	80405878
Género	MASCULINO Edad: 53	Teléfono Móvil:	3208033258
Fecha Nacimiento:	10/03/1970	Cargo:	TECNICO OPERATIVO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMFENIAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA CUNDES	Escolaridad:	TECNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 80 Talla: 176 IMC: 26	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y ES ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CORREG. ANUAL, USO DE CORRECCION VISION LEJANA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VISUAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	ANORMAL
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO. USO DE LENTES CORRECTIVO PARA VISION LEJANA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

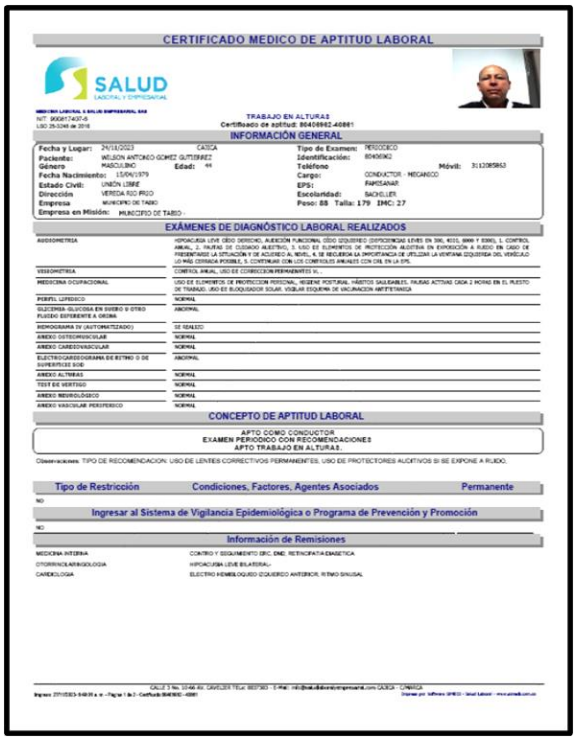
NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA	<HIPOACUSIA MODERADA BILATERAL
MEDICINA GENERAL EPS	CONTROL HIPERLIPIDEMIA, GLICEMIA ALTERADA EN AYUNAS GLICEMIA 112, CT 246, TG 212, LDL 126, HDL 69>

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometría/agudeza visual, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 80405882-40881

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	WILSON ANTONIO GOMEZ GUTIERREZ	Identificación:	80405882
Género	MASCULINO Edad: 44	Teléfono Móvil:	3112085863
Fecha Nacimiento:	15/04/1979	Cargo:	CONDUCTOR - MECANICO
Estado Civil:	UNION LIBRE	EPS:	PAMSANAR
Dirección	VEREDA RIO FRIO	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 88 Talla: 179 IMC: 27	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE CÓCLEO DERECHO, AUDICION FUNCIONAL CÓCLEO IZQUIERDO (DIFICULTADES LEVES EN 3KK, 4000, 6000 Y 8000), 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4. SE RECUERDA LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR LA VENTANILLA IZQUIERDA DEL VEHÍCULO LO MAS CERRADA POSIBLE, 5. CONTINUAR CON LOS CONTROLES ANUALES CON OTAL EN LA EPS.
VISIOMETRIA	CORREG. ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES VI...
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VISUAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
RENOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	ANORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
ANEXO NEUROLOGICO	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO COMO CONDUCTOR
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTO TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO.

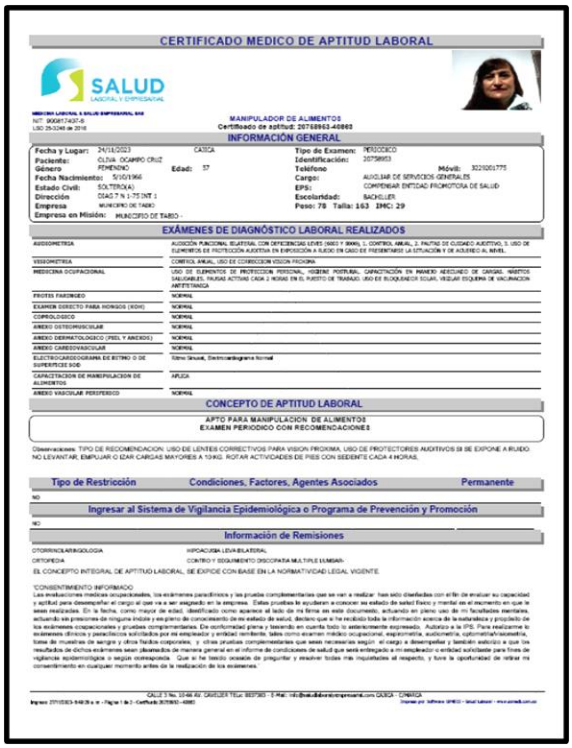
Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

MEDICINA INTERNA	CONTRO Y SEGUIMIENTO DRC, DNE, RETINOPATIA DIABETICA
OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE BILATERAL.
CARDIOLOGIA	ELECTRO HEMIBLOQUEO IZQUIERDO ANTERIOR, RITMO SINUSAL



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 80768963-40883

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/11/2023 CASCA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	OLIVIA OCAMPO CRUZ	Identificación:	10758963
Género	FEMENINO Edad: 57	Teléfono Móvil:	3210051775
Fecha Nacimiento:	5/03/1966	Cargo:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMFENIAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	DIAG 7 N 1-75 INT 1	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 78 Talla: 163 IMC: 29	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS LEVES, OÍDO Y 8KHZ, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CORREG. ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VISUAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PROTES PARODNCO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO DERMATOLOGICO (PIEL Y ANEXOS)	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE SUPERFICIE SOD	Ritmo Sinusal, Electrocardiograma Normal
CAPACITACION DE MANIPULACION DE ALIMENTOS	APLICA
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO. NO LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10KG. ROTAR ACTIVIDADES DE PIES CON SEDENTE CADA 4 HORAS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

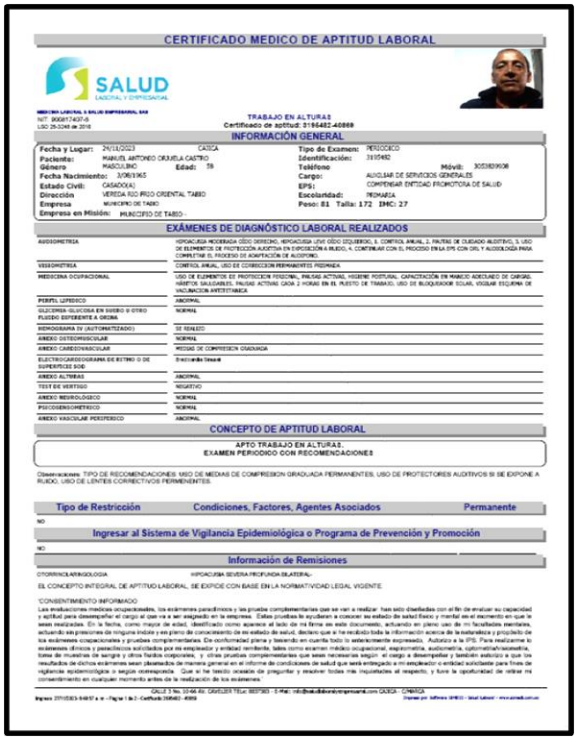
Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE BILATERAL
ORTOPEDIA	CONTRO Y SEGUIMIENTO DISCOPATIA MULTIPLE LUMBAR.

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometría/agudeza visual, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 81564452-40869

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/10/2023 CASICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	MANUEL ANTONIO ORJUELA CASTRO	Identificación:	3105492
Género	MASCULINO Edad: 59	Teléfono Móvil:	3053809908
Fecha Nacimiento:	3/06/1965	Cargo:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA RIO FRIO ORIENTAL TABIO	Escolaridad:	PRIMARIA
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 81 Talla: 172 IMC: 27	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA MODERADA OIDO DERECHO, HIPOACUSIA LEVE OIDO IZQUIERDO, 1. CONTROL ANUAL 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. CONTINUAR CON EL PROCESO EN LA EPS CON ORL Y AUDIOLOGIA PARA COMPLETAR EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DE AUDÍFONO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTE PRESBICIA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTETETANICA
PERFIL LIPIDICO	ANORMAL
GLICEMIA -GLICOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE SEÑALEO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	Enviando Email
ANEXO ALTURAS	ANORMAL
TEST DE VERTIGO	NEGATIVO
ANEXO NEUROLOGICO	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	ANORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIONES: USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PERMANENTES, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO, USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

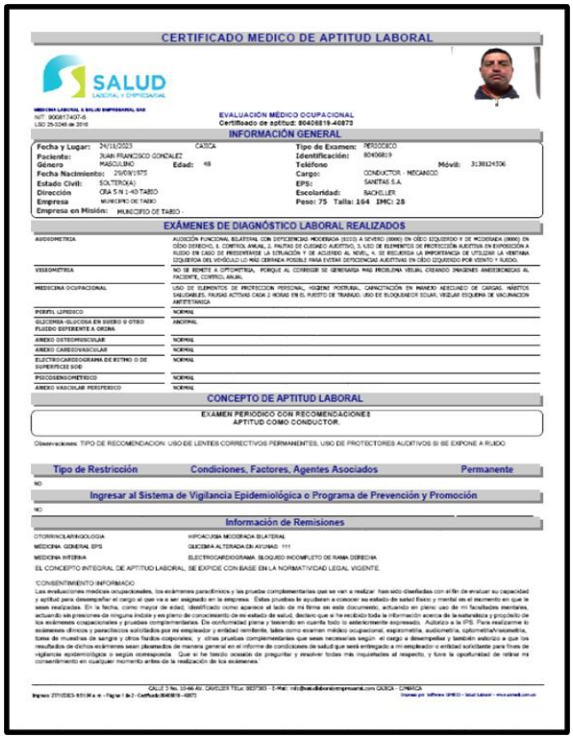
Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA — HIPOACUSIA SEVERA-PROFUNDA BILATERAL

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo examenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80420618-40873

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/10/2023 CASICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JUAN FRANCISCO GONZALEZ	Identificación:	80420618
Género	MASCULINO Edad: 48	Teléfono Móvil:	3138524506
Fecha Nacimiento:	29/09/1975	Cargo:	CONDUCTOR - MECANICO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CRA 5 N 1-40 TABIO	Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 75 Talla: 164 IMC: 28	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIA MODERADA (61DB) A SEVERA (90DB) EN OÍDO IZQUIERDO Y DE MODERADA (60DB) EN OÍDO DERECHO, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4. SE SUGIERE VALORACIÓN POR ORL EN LA EPS, SE EXPLICA A LA PACIENTE LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR LA ORIENTANA IZQUIERDA DEL HOMBLIJO LO MAS CERRADA POSIBLE PARA EVITAR DEFICIENCIAS AUDITIVAS EN OÍDO IZQUIERDO POR VIENTO Y RUIDO.
VISIOMETRIA	NO SE REMITE A OPTOMETRIA, PORQUE AL CORREGIR SE GENERARIA MAS PROBLEMA VISUAL CREANDO IMAGENES AMBIDERCIDAS AL PACIENTE, CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTETETANICA
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA -GLICOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTITUD COMO CONDUCTOR.

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

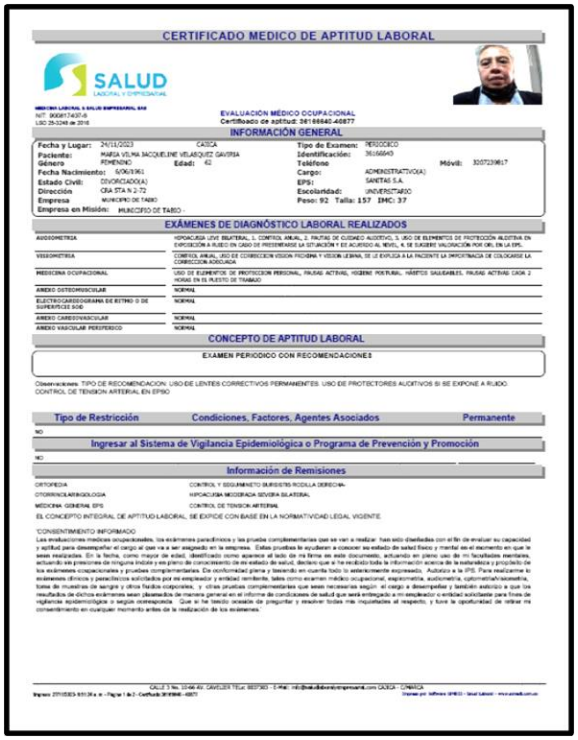
Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA — HIPOACUSIA MODERADA BILATERAL
MEDICINA GENERAL EPS — GLICEMIA ALTERADA EN AYUNAS 111
MEDICINA INTERNA — ELECTROCARDIOGRAMA: BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA DERECHA

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo examenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 36168640-40877

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/10/2023 CASICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	MARIA VILMA JACQUELINE VELASQUEZ GAVIRIA	Identificación:	36166640
Género	FEMENINO Edad: 42	Teléfono Móvil:	3207239617
Fecha Nacimiento:	6/06/1981	Cargo:	ADMINISTRATIVO(A)
Estado Civil:	DIVORCIADO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CRA 5TA N 2-72	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 92 Talla: 157 IMC: 37	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4. SE SUGIERE VALORACIÓN POR ORL EN LA EPS.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISION PRESBIA Y VISION LEJANA, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE LA IMPORTANCIA DE COLOCARSE LA CORRECCION ADECUADA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO CONTROL DE TENSION ARTERIAL EN EPSO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

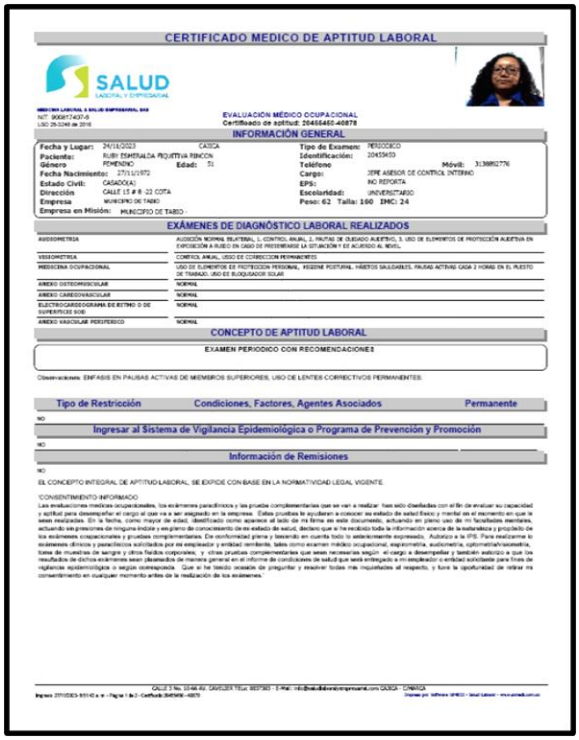
Información de Remisiones

ORTOPEDIA — CONTROL Y SEGUIMIENTO SURGISTIS RODILLA DERECHA-
OTORRINOLARINGOLOGIA — HIPOACUSIA MODERADA SEVERA BILATERAL
MEDICINA GENERAL EPS — CONTROL DE TENSION ARTERIAL

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo examenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 20465460-40878

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/10/2023 CASICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	RUBY ESMERALDA PIQUITIVA RINCON	Identificación:	20453453
Género	FEMENINO Edad: 51	Teléfono Móvil:	3136892776
Fecha Nacimiento:	27/11/1972	Cargo:	JEFE ASESOR DE CONTROL INTERNO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	NO REPORTA
Dirección	CALLE 15 # 8 -22 COTA	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 62 Talla: 160 IMC: 24	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL,
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: ENFASIS EN PAUSAS ACTIVAS DE MIEMBROS SUPERIORES, USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

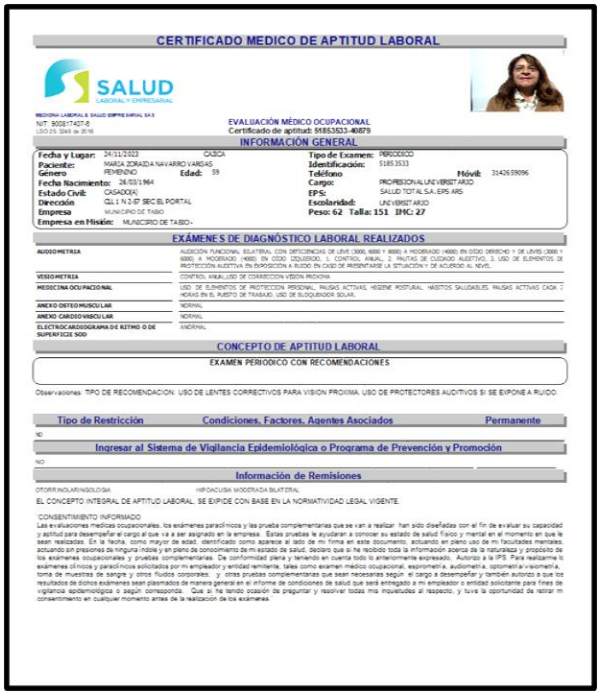
Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que e he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo examenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD
LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 51853533-40879

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	MARIA ZORAIDA NAVARRO VARGAS	Identificación:	51853533
Género	FEMENINO Edad: 59	Teléfono	Móvil: 3142659096
Fecha Nacimiento:	26/03/1964	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CLL 1 N 2-67 SEC EL PORTAL	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 62 Talla: 151 IMC: 27	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS DE LEVE (3000, 4000 Y 6000) A MODERADO (4000) EN OÍDO DERECHO Y DE LEVES (3000 Y 6000) A MODERADO (4000) EN OÍDO IZQUIERDO. 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL,USO DE CORRECCION VISION PROXIMA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEO MUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	ANORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA — HIPOACUSIA MODERADA BILATERAL

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD
LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39010606-40880

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	TERESA DE JESUS AVELLANEDA BELTRAN	Identificación:	39010606
Género	FEMENINO Edad: 54	Teléfono	Móvil: 3118361795
Fecha Nacimiento:	7/07/1969	Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CRA 5 N 5-40 TABIO	Escolaridad:	TECNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 65 Talla: 162 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE OÍDO IZQUIERDO ASOCIADA A COLUMEN Y A QUE LA PACIENTE MANIFIESTA QUE DESDE EL OÍDO TAPADO POSTERIOR A UN LAVADO OTOSE COLUMEN Y EN EXAMEN ARTICULAR TIENE PARAMETROS NORMALES, AUDICIÓN NORMAL OÍDO DERECHO, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL, 4. SE SUGIERE LIMPIEZA OTICA BILATERAL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HABITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

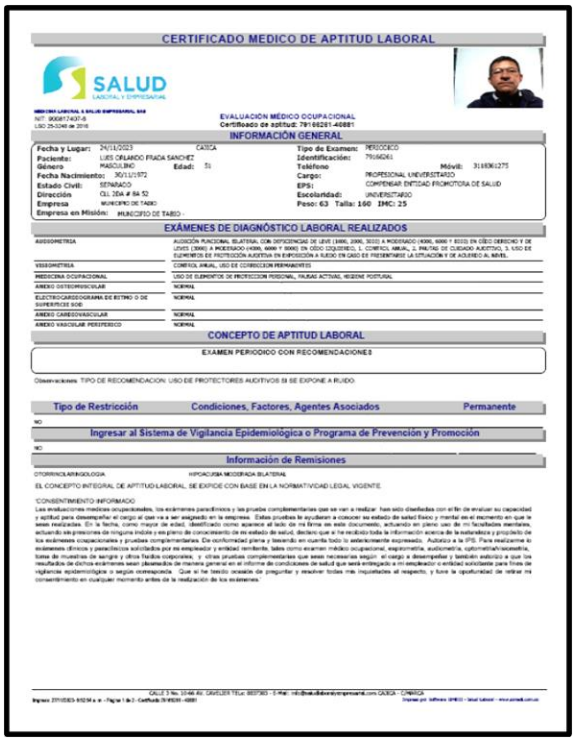
Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA — HIPOACUSIA LEVE MODERADA IZQUIERDA

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD
LABORAL Y EMPRESARIAL

EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79160281-40881

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/11/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	LUIS ORLANDO PRADA SANCHEZ	Identificación:	79160281
Género	MASCULINO Edad: 51	Teléfono	Móvil: 3118361275
Fecha Nacimiento:	30/11/1972	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	COMFENALR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CL 2DA # 6A 52	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 63 Talla: 160 IMC: 25	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS DE LEVE (1000, 2000, 3000) A MODERADO (4000, 6000 Y 8000) EN OÍDO DERECHO Y DE LEVES (2000) A MODERADO (4000, 6000 Y 8000) EN OÍDO IZQUIERDO. 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN CASO DE PRESENTARSE LA SITUACIÓN Y DE ACUERDO AL NIVEL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA — HIPOACUSIA MODERADA BILATERAL

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

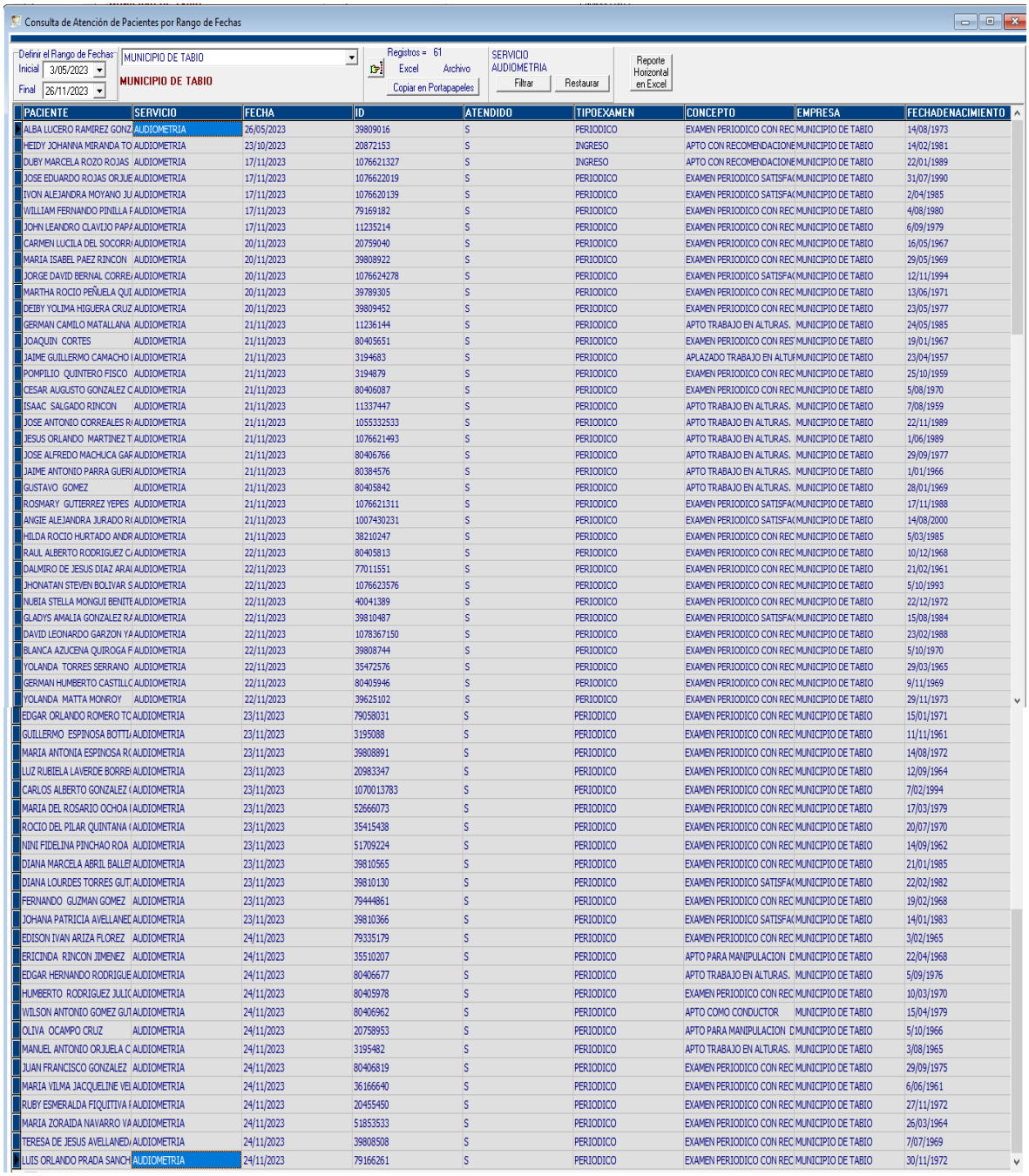
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometria/visiometria, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

ANEXO 3

3. Realizar examen clínico - Optometría y demás exámenes médicos, clínicos y de laboratorios, complementarios, que se requieran en razón de la valoración médica, durante la vigencia del presente contrato, de acuerdo con lo descrito en la autorización que remita el supervisor verificar que se esté cumpliendo con el SG- SST.

AUDIOMETRIA

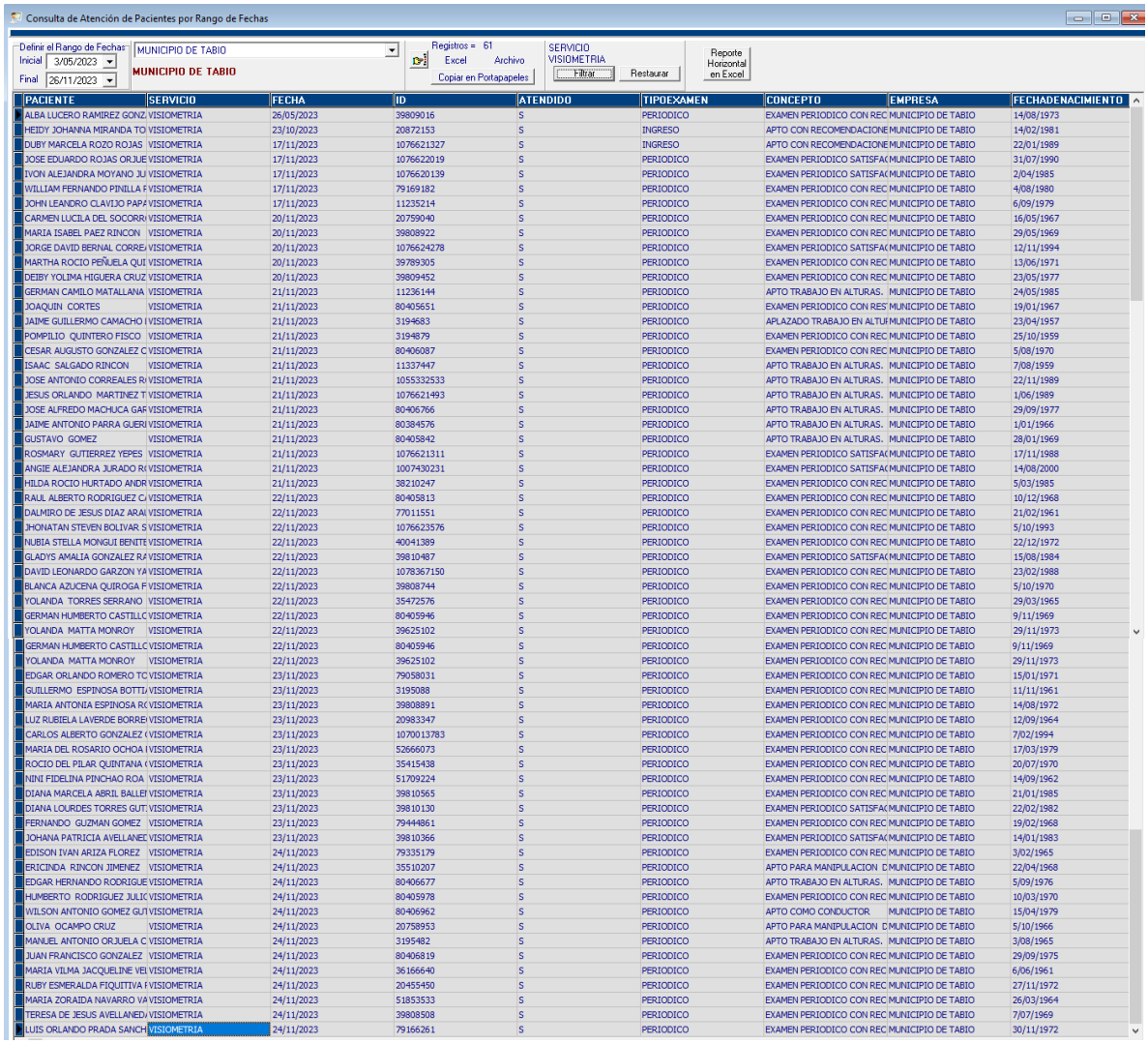

Consulta de Atención de Pacientes por Rango de Fechas

Definir el Rango de Fechas — Inicial 3/05/2023 — Final 26/11/2023 — MUNICIPIO DE TABIO — Registros = 61 — Excel — Archivo — Copiar en Portapapeles — SERVICIO AUDIOMETRIA — Filtrar — Restaurar — Reporte Horizontal en Excel

PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	ATENDIDO	TIPOEXAMEN	CONCEPTO	EMPRESA	FECHADENACIMIENTO
ALBA LUCERO RAMIREZ GONZ	AUDIOMETRIA	26/05/2023	39809016	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	14/08/1973
HEIDY JOHANNA MIRANDA TO	AUDIOMETRIA	23/10/2023	20872153	S	INGRESO	APTO CON RECOMENDACIONE	MUNICIPIO DE TABIO	14/02/1981
DUBY MARCELA ROZO ROJAS	AUDIOMETRIA	17/11/2023	1076621327	S	INGRESO	APTO CON RECOMENDACIONE	MUNICIPIO DE TABIO	22/01/1989
JOSE EDUARDO ROJAS ORJUE	AUDIOMETRIA	17/11/2023	1076622019	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	31/07/1990
IVON ALEJANDRA MOYANO JU	AUDIOMETRIA	17/11/2023	1076620139	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	2/04/1985
WILLIAM FERNANDO PINILLA F	AUDIOMETRIA	17/11/2023	79169182	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	4/08/1980
JOHN LEANDRO CLAVIJO PAPA	AUDIOMETRIA	17/11/2023	11235214	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	6/09/1979
CARMEN LUCILA DEL SOCORR	AUDIOMETRIA	20/11/2023	20759040	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	16/05/1967
MARIA ISABEL PAEZ RINCON	AUDIOMETRIA	20/11/2023	39808922	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/05/1969
JORGE DAVID BERNAL CORRE	AUDIOMETRIA	20/11/2023	1076624278	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	12/11/1994
MARTHA ROCIO PEÑUELA QUI	AUDIOMETRIA	20/11/2023	39789305	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	13/06/1971
DEIBY YOLIMA HIGUERA CRUZ	AUDIOMETRIA	20/11/2023	39809452	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	23/05/1977
GERMAN CAMILO MATALLANA	AUDIOMETRIA	21/11/2023	11236144	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	24/05/1985
JOAQUIN CORTES	AUDIOMETRIA	21/11/2023	80405651	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON RES	MUNICIPIO DE TABIO	19/01/1967
JAIME GUILLERMO CAMACHO	AUDIOMETRIA	21/11/2023	3194683	S	PERIODICO	APLAZADO TRABAJO EN ALTU	MUNICIPIO DE TABIO	23/04/1957
POMPILIO QUINTERO FISCO	AUDIOMETRIA	21/11/2023	3194879	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	25/10/1959
CESAR AUGUSTO GONZALEZ C	AUDIOMETRIA	21/11/2023	80406087	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/08/1970
ISAAC SALGADO RINCON	AUDIOMETRIA	21/11/2023	11337447	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	7/08/1959
JOSE ANTONIO CORREALES R	AUDIOMETRIA	21/11/2023	1055332533	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	22/11/1989
JESUS ORLANDO MARTINEZ T	AUDIOMETRIA	21/11/2023	1076621493	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	1/06/1989
JOSE ALFREDO MACHUCA GAF	AUDIOMETRIA	21/11/2023	80406766	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1977
JAIME ANTONIO PARRA GUER	AUDIOMETRIA	21/11/2023	80384576	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	1/01/1966
GUSTAVO GOMEZ	AUDIOMETRIA	21/11/2023	80405842	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	28/01/1969
ROSMARY GUTIERREZ YEPES	AUDIOMETRIA	21/11/2023	1076621311	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	17/11/1988
ANGIE ALEJANDRA JURADO R	AUDIOMETRIA	21/11/2023	1007430231	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	14/08/2000
HILDA ROCIO HURTADO ANDR	AUDIOMETRIA	21/11/2023	38210247	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/03/1985
RAUL ALBERTO RODRIGUEZ C	AUDIOMETRIA	22/11/2023	80405813	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/12/1968
DALMIRO DE JESUS DIAZ ARA	AUDIOMETRIA	22/11/2023	77011551	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	21/02/1961
JHONATAN STEVEN BOLIVAR S	AUDIOMETRIA	22/11/2023	1076623576	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1993
NUBIA STELLA MONGUI BENITE	AUDIOMETRIA	22/11/2023	40041389	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	22/12/1972
GLADYS AMALIA GONZALEZ RA	AUDIOMETRIA	22/11/2023	39810487	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	15/08/1984
DAVID LEONARDO GARZON YA	AUDIOMETRIA	22/11/2023	1078367150	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	23/02/1988
BLANCA AZUCENA QUIROGA F	AUDIOMETRIA	22/11/2023	39808744	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1970
YOLANDA TORRES SERRANO	AUDIOMETRIA	22/11/2023	35472576	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/03/1965
GERMAN HUMBERTO CASTILLC	AUDIOMETRIA	22/11/2023	80405946	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	9/11/1969
YOLANDA MATTA MONROY	AUDIOMETRIA	22/11/2023	39625102	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/11/1973
EDGAR ORLANDO ROMERO TC	AUDIOMETRIA	23/11/2023	79058031	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	15/01/1971
GUILLERMO ESPINOSA BOTTA	AUDIOMETRIA	23/11/2023	3195088	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	11/11/1961
MARIA ANTONIA ESPINOSA R(	AUDIOMETRIA	23/11/2023	39808891	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	14/08/1972
LUZ RUBIELA LAVERDE BORRE	AUDIOMETRIA	23/11/2023	20983347	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	12/09/1964
CARLOS ALBERTO GONZALEZ (	AUDIOMETRIA	23/11/2023	1070013783	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	7/02/1994
MARIA DEL ROSARIO OCHOA I	AUDIOMETRIA	23/11/2023	52666073	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	17/03/1979
ROCIO DEL PILAR QUINTANA (	AUDIOMETRIA	23/11/2023	35415438	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	20/07/1970
NINI FIDELINA PINCHAO ROA	AUDIOMETRIA	23/11/2023	51709224	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	14/09/1962
DIANA MARCELA ABRIL BALLE	AUDIOMETRIA	23/11/2023	39810565	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	21/01/1985
DIANA LOURDES TORRES GUT	AUDIOMETRIA	23/11/2023	39810130	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	22/02/1982
FERNANDO GUZMAN GOMEZ	AUDIOMETRIA	23/11/2023	79444861	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	19/02/1968
JOHANA PATRICIA AVELLANE	AUDIOMETRIA	23/11/2023	39810366	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	14/01/1983
EDISON IVAN ARIZA FLOREZ	AUDIOMETRIA	24/11/2023	79335179	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/02/1965
ERICINDA RINCON JIMENEZ	AUDIOMETRIA	24/11/2023	35510207	S	PERIODICO	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	22/04/1968
EDGAR HERNANDO RODRIGUE	AUDIOMETRIA	24/11/2023	80406677	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	5/09/1976
HUMBERTO RODRIGUEZ JULI(	AUDIOMETRIA	24/11/2023	80405978	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/03/1970
WILSON ANTONIO GOMEZ GUT	AUDIOMETRIA	24/11/2023	80406962	S	PERIODICO	APTO COMO CONDUCTOR	MUNICIPIO DE TABIO	15/04/1979
OLIVA OCAMPO CRUZ	AUDIOMETRIA	24/11/2023	20758953	S	PERIODICO	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1966
MANUEL ANTONIO ORJUELA C	AUDIOMETRIA	24/11/2023	3195482	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	3/08/1965
JUAN FRANCISCO GONZALEZ	AUDIOMETRIA	24/11/2023	80406819	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1975
MARIA VILMA JACQUELINE VE	AUDIOMETRIA	24/11/2023	36166640	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	6/06/1961
RUBY ESMERALDA FIQUITIVA I	AUDIOMETRIA	24/11/2023	20455450	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	27/11/1972
MARIA ZORAIDA NAVARRO VA	AUDIOMETRIA	24/11/2023	51853533	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	26/03/1964
TERESA DE JESUS AVELLANEI	AUDIOMETRIA	24/11/2023	39808508	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	7/07/1969
LUIS ORLANDO PRADA SANCH	AUDIOMETRIA	24/11/2023	79166261	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	30/11/1972

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

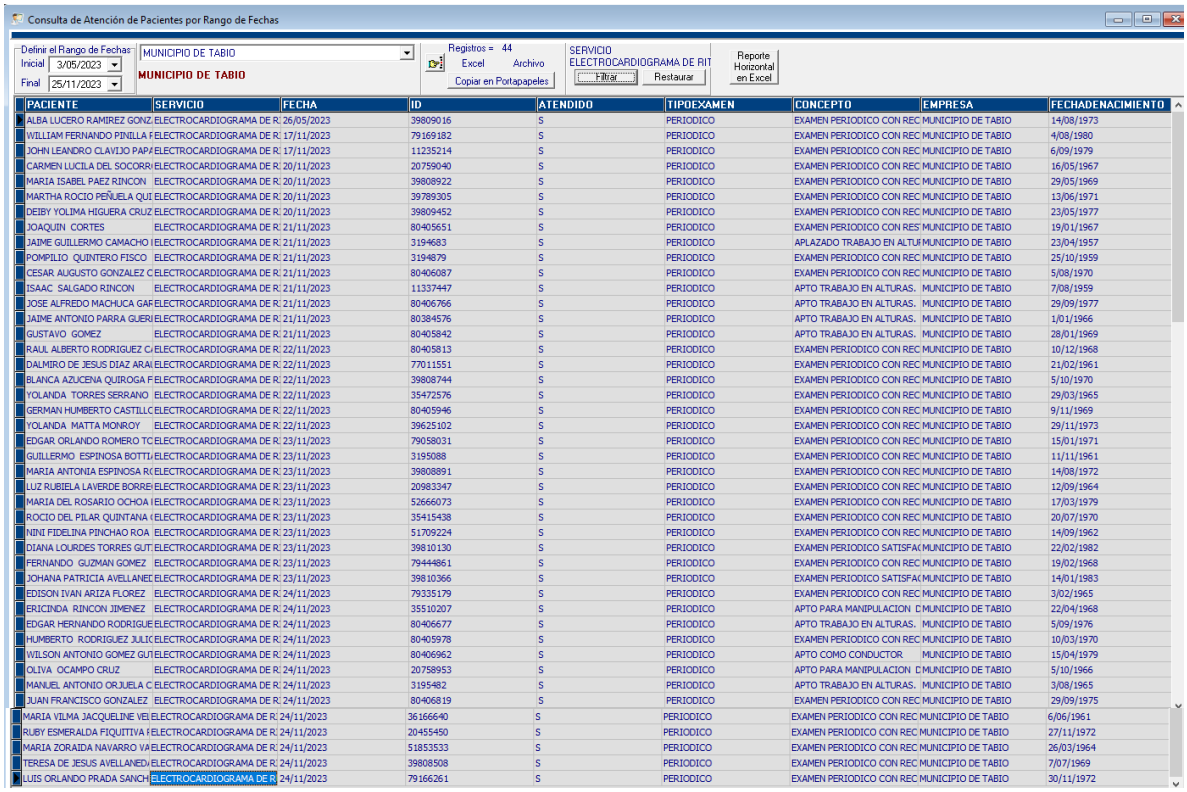
VISIOMETRIA



PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	ATENDIDO	TIPOEXAMEN	CONCEPTO	EMPRESA	FECHADENACIMIENTO
ALBA LUCERO RAMIREZ GONZ	VISIOMETRIA	26/05/2023	39809016	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	14/08/1973
HEIDY JOHANNA MIRANDA TO	VISIOMETRIA	23/10/2023	20872153	S	INGRESO	APTO CON RECOMENDACIONE	MUNICIPIO DE TABIO	14/02/1981
DUBY MARCELA ROZO ROJAS	VISIOMETRIA	17/11/2023	1076621327	S	INGRESO	APTO CON RECOMENDACIONE	MUNICIPIO DE TABIO	22/01/1989
JOSE EDUARDO ROJAS ORJUE	VISIOMETRIA	17/11/2023	1076622019	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	31/07/1990
IVON ALEJANDRA MOYANO JU	VISIOMETRIA	17/11/2023	1076620139	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	2/04/1985
WILLIAM FERNANDO PINILLA F	VISIOMETRIA	17/11/2023	79169182	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	4/08/1980
JOHN LEANDRO CLAVIJO PAPA	VISIOMETRIA	17/11/2023	11235214	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	6/09/1979
CARMEN LUCILA DEL SOCORR	VISIOMETRIA	20/11/2023	20759040	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	16/05/1967
MARIA ISABEL PAEZ RINCON	VISIOMETRIA	20/11/2023	39808922	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/05/1969
JORGE DAVID BERNAL CORRE	VISIOMETRIA	20/11/2023	1076624278	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	12/11/1994
MARTHA ROCIO PEÑUELA QUI	VISIOMETRIA	20/11/2023	39789305	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	13/06/1971
DEIBY YOLIMA HIGUERA CRUZ	VISIOMETRIA	20/11/2023	39809452	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	23/05/1977
GERMAN CAMILO MATALLANA	VISIOMETRIA	21/11/2023	11236144	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	24/05/1985
JOAQUIN CORTES	VISIOMETRIA	21/11/2023	80405651	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON RES	MUNICIPIO DE TABIO	19/01/1967
JAIME GUILLERMO CAMACHO I	VISIOMETRIA	21/11/2023	3194683	S	PERIODICO	APLAZADO TRABAJO EN ALTUI	MUNICIPIO DE TABIO	23/04/1957
POMPILIO QUINTERO FISCO	VISIOMETRIA	21/11/2023	3194879	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	25/10/1959
CESAR AUGUSTO GONZALEZ C	VISIOMETRIA	21/11/2023	80406087	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/08/1970
ISAAC SALGADO RINCON	VISIOMETRIA	21/11/2023	11337447	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	7/08/1959
JOSE ANTONIO CORREALES R	VISIOMETRIA	21/11/2023	1055332533	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	22/11/1989
JESUS ORLANDO MARTINEZ T	VISIOMETRIA	21/11/2023	1076621493	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	1/06/1989
JOSE ALFREDO MACHUCA GAF	VISIOMETRIA	21/11/2023	80406766	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1977
JAIME ANTONIO PARRA GUER	VISIOMETRIA	21/11/2023	80384576	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	1/01/1966
GUSTAVO GOMEZ	VISIOMETRIA	21/11/2023	80405842	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	28/01/1969
ROSMARY GUTIERREZ YEPES	VISIOMETRIA	21/11/2023	1076621311	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	17/11/1988
ANGIE ALEJANDRA JURADO R	VISIOMETRIA	21/11/2023	1007430231	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	14/08/2000
HILDA ROCIO HURTADO ANDR	VISIOMETRIA	21/11/2023	38210247	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/03/1985
RAUL ALBERTO RODRIGUEZ C	VISIOMETRIA	22/11/2023	80405813	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/12/1968
DALMIRO DE JESUS DIAZ ARA	VISIOMETRIA	22/11/2023	77011551	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	21/02/1961
JHONATAN STEVEN BOLIVAR S	VISIOMETRIA	22/11/2023	1076623576	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1993
NUBIA STELLA MONGUI BENITE	VISIOMETRIA	22/11/2023	40041389	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	22/12/1972
GLADYS AMALIA GONZALEZ RA	VISIOMETRIA	22/11/2023	39810487	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	15/08/1984
DAVID LEONARDO GARZON YA	VISIOMETRIA	22/11/2023	1078367150	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	23/02/1988
BLANCA AZUCENA QUIROGA F	VISIOMETRIA	22/11/2023	39808744	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1970
YOLANDA TORRES SERRANO	VISIOMETRIA	22/11/2023	35472576	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/03/1965
GERMAN HUMBERTO CASTILLC	VISIOMETRIA	22/11/2023	80405946	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	9/11/1969
YOLANDA MATTA MONROY	VISIOMETRIA	22/11/2023	39625102	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/11/1973
GERMAN HUMBERTO CASTILLC	VISIOMETRIA	22/11/2023	80405946	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	9/11/1969
YOLANDA MATTA MONROY	VISIOMETRIA	22/11/2023	39625102	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/11/1973
EDGAR ORLANDO ROMERO TC	VISIOMETRIA	23/11/2023	79058031	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	15/01/1971
GUILLERMO ESPINOSA BOTTA	VISIOMETRIA	23/11/2023	3195088	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	11/11/1961
MARIA ANTONIA ESPINOSA R(	VISIOMETRIA	23/11/2023	39808891	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	14/08/1972
LUZ RUBIELA LAVERDE BORRE	VISIOMETRIA	23/11/2023	20983347	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	12/09/1964
CARLOS ALBERTO GONZALEZ (	VISIOMETRIA	23/11/2023	1070013783	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	7/02/1994
MARIA DEL ROSARIO OCHOA (	VISIOMETRIA	23/11/2023	52666073	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	17/03/1979
ROCIO DEL PILAR QUINTANA (	VISIOMETRIA	23/11/2023	35415438	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	20/07/1970
NINI FIDELINA PINCHAO ROA	VISIOMETRIA	23/11/2023	51709224	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	14/09/1962
DIANA MARCELA ABRIL BALLE	VISIOMETRIA	23/11/2023	39810565	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	21/01/1985
DIANA LOURDES TORRES GUT	VISIOMETRIA	23/11/2023	39810130	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	22/02/1982
FERNANDO GUZMAN GOMEZ	VISIOMETRIA	23/11/2023	79444861	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	19/02/1968
JOHANA PATRICIA AVELLANE	VISIOMETRIA	23/11/2023	39810366	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	14/01/1983
EDISON IVAN ARIZA FLOREZ	VISIOMETRIA	24/11/2023	79335179	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/02/1965
ERICINDA RINCON JIMENEZ	VISIOMETRIA	24/11/2023	35510207	S	PERIODICO	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	22/04/1968
EDGAR HERNANDO RODRIGUE	VISIOMETRIA	24/11/2023	80406677	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	5/09/1976
HUMBERTO RODRIGUEZ JULIC	VISIOMETRIA	24/11/2023	80405978	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/03/1970
WILSON ANTONIO GOMEZ GU	VISIOMETRIA	24/11/2023	80406962	S	PERIODICO	APTO COMO CONDUCTOR	MUNICIPIO DE TABIO	15/04/1979
OLIVA OCAMPO CRUZ	VISIOMETRIA	24/11/2023	20758953	S	PERIODICO	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1966
MANUEL ANTONIO ORJUELA C	VISIOMETRIA	24/11/2023	3195482	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	3/08/1965
JUAN FRANCISCO GONZALEZ	VISIOMETRIA	24/11/2023	80406819	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1975
MARIA VILMA JACQUELINE VE	VISIOMETRIA	24/11/2023	36166640	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	6/06/1961
RUBY ESMERALDA FIQUITIVA F	VISIOMETRIA	24/11/2023	20455450	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	27/11/1972
MARIA ZORAIDA NAVARRO VA	VISIOMETRIA	24/11/2023	51853533	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	26/03/1964
TERESA DE JESUS AVELLANED	VISIOMETRIA	24/11/2023	39808508	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	7/07/1969
LUIS ORLANDO PRADA SANCH	VISIOMETRIA	24/11/2023	79166261	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	30/11/1972

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

ELECTROCARDIOGRAMA



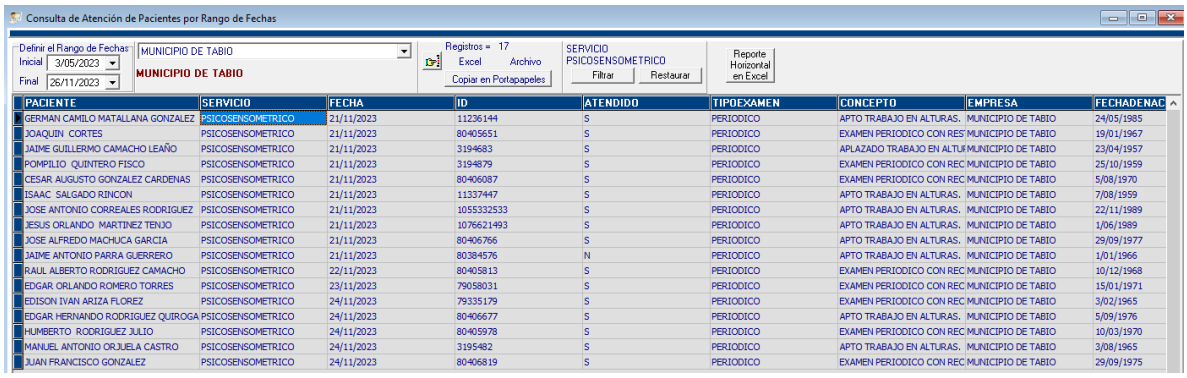
PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	ATENDIDO	TIPOEXAMEN	CONCEPTO	EMPRESA	FECHADENACIMIENTO
ALBA LUCERO RAMIREZ GONZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	26/05/2023	39809016	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	14/08/1973
WILLIAM FERNANDO PINILLA F	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	17/11/2023	79169182	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	4/08/1980
JOHN LEANDRO CLAVIJO PAPA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	17/11/2023	11235214	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	6/09/1979
CARMEN LUCILA DEL SOCORR	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	20/11/2023	20759040	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	16/05/1967
MARIA ISABEL PAEZ RINCON	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	20/11/2023	39808922	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/05/1969
MARTHA ROCIO PEÑUELA QUI	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	20/11/2023	39789305	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	13/06/1971
DEIBY YOLIMA HIGUERA CRUZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	20/11/2023	39809452	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	23/05/1977
JOAQUIN CORTES	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	21/11/2023	80405651	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON RES	MUNICIPIO DE TABIO	19/01/1967
JAIME GUILLERMO CAMACHO	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	21/11/2023	3194683	S	PERIODICO	APLAZADO TRABAJO EN ALTU	MUNICIPIO DE TABIO	23/04/1957
POMPILIO QUINTERO FISCO	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	21/11/2023	3194879	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	25/10/1959
CESAR AUGUSTO GONZALEZ C	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	21/11/2023	80406087	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/08/1970
ISAAC SALGADO RINCON	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	21/11/2023	11337447	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	7/08/1959
JOSE ALFREDO MACHUCA GAR	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	21/11/2023	80406766	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1977
JAIME ANTONIO PARRA GUER	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	21/11/2023	80384576	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	1/01/1966
GUSTAVO GOMEZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	21/11/2023	80405842	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	28/01/1969
RAUL ALBERTO RODRIGUEZ C	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	22/11/2023	80405813	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/12/1968
DALMIRO DE JESUS DIAZ ARA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	22/11/2023	77011551	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	21/02/1961
BLANCA AZUCENA QUIROGA F	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	22/11/2023	39808744	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1970
YOLANDA TORRES SERRANO	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	22/11/2023	35472576	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/03/1965
GERMAN HUMBERTO CASTILLC	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	22/11/2023	80405946	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	9/11/1969
YOLANDA MATTA MONROY	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	22/11/2023	39625102	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/11/1973
EDGAR ORLANDO ROMERO TC	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	79058031	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	15/01/1971
GUILLERMO ESPINOSA BOTTA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	3195088	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	11/11/1961
MARIA ANTONIA ESPINOSA R	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	39808891	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	14/08/1972
LUZ RUBIELA LAVERDE BORRE	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	20983347	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	12/09/1964
MARIA DEL ROSARIO OCHOA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	52666073	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	17/03/1979
ROCIO DEL PILAR QUINTANA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	35415438	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	20/07/1970
NINI FIDELINA PINCHAO ROA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	51709224	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	14/09/1962
DIANA LOURDES TORRES GUT	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	39810130	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	22/02/1982
FERNANDO GUZMAN GOMEZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	79444861	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	19/02/1968
JOHANA PATRICIA AVELLANEI	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	23/11/2023	39810366	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	14/01/1983
EDISON IVAN ARIZA FLOREZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	79335179	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/02/1965
ERICINDA RINCON JIMENEZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	35510207	S	PERIODICO	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	22/04/1968
EDGAR HERNANDO RODRIGUE	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	80406677	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	5/09/1976
HUMBERTO RODRIGUEZ JULI	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	80405978	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/03/1970
WILSON ANTONIO GOMEZ GUT	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	80406962	S	PERIODICO	APTO COMO CONDUCTOR	MUNICIPIO DE TABIO	15/04/1979
OLIVA OCAMPO CRUZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	20758953	S	PERIODICO	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1966
MANUEL ANTONIO ORJUELA C	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	3195482	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	3/08/1965
JUAN FRANCISCO GONZALEZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	80406819	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1975
MARIA VILMA JACQUELINE VEL	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	36166640	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	6/06/1961
RUBY ESMERALDA FIQUITIVA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	20455450	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	27/11/1972
MARIA ZORAIDA NAVARRO VA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	51853533	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	26/03/1964
TERESA DE JESUS AVELLANED	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	39808508	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	7/07/1969
LUIS ORLANDO PRADA SANCH	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	24/11/2023	79166261	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	30/11/1972

ESPIROMETRIA



PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	ATENDIDO	TIPOEXAMEN	CONCEPTO	EMPRESA	FECHADENACIMIENTO	C
DUBY MARCELA ROZO ROJAS	ESPIROMETRIA	17/11/2023	1076621327	S	INGRESO	APTO CON RECOMENDACION	MUNICIPIO DE TABIO	22/01/1989	TI

PSICOSENSOMETRICO



PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	ATENDIDO	TIPOEXAMEN	CONCEPTO	EMPRESA	FECHADENAC
GERMAN CAMILO MATALLANA GONZALEZ	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	11236144	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	24/05/1985
JOAQUIN CORTES	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	80405651	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON RES	MUNICIPIO DE TABIO	19/01/1967
JAIME GUILLERMO CAMACHO LEAÑO	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	3194683	S	PERIODICO	APLAZADO TRABAJO EN ALTU	MUNICIPIO DE TABIO	23/04/1957
POMPILIO QUINTERO FISCO	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	3194879	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	25/10/1959
CESAR AUGUSTO GONZALEZ CARDENAS	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	80406087	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/08/1970
ISAAC SALGADO RINCON	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	11337447	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	7/08/1959
JOSE ANTONIO CORREALES RODRIGUEZ	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	1055332533	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	22/11/1989
JESUS ORLANDO MARTINEZ TENJO	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	1076621493	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	1/06/1989
JOSE ALFREDO MACHUCA GARCIA	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	80406766	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1977
JAIME ANTONIO PARRA GUERRERO	PSICOSENSOMETRICO	21/11/2023	80384576	N	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	1/01/1966
RAUL ALBERTO RODRIGUEZ CAMACHO	PSICOSENSOMETRICO	22/11/2023	80405813	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/12/1968
EDGAR ORLANDO ROMERO TORRES	PSICOSENSOMETRICO	23/11/2023	79058031	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	15/01/1971
EDISON IVAN ARIZA FLOREZ	PSICOSENSOMETRICO	24/11/2023	79335179	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/02/1965
EDGAR HERNANDO RODRIGUEZ QUIROGA	PSICOSENSOMETRICO	24/11/2023	80406677	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	5/09/1976
HUMBERTO RODRIGUEZ JULIO	PSICOSENSOMETRICO	24/11/2023	80405978	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/03/1970
MANUEL ANTONIO ORJUELA CASTRO	PSICOSENSOMETRICO	24/11/2023	3195482	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	3/08/1965
JUAN FRANCISCO GONZALEZ	PSICOSENSOMETRICO	24/11/2023	80406819	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1975

CAPACITACION MANIPULACION DE ALIMENTOS



PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	ATENDIDO	TIPOEXAMEN	CONCEPTO	EMPRESA	FECHADENAC
BLANCA AZUCENA QUIROGA FONQUE	CAPACITACION DE MANIPULA	22/11/2023	39808744	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1970
ERICINDA RINCON JIMENEZ	CAPACITACION DE MANIPULA	24/11/2023	35510207	S	PERIODICO	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	22/04/1968
OLIVA OCAMPO CRUZ	CAPACITACION DE MANIPULA	24/11/2023	20758953	S	PERIODICO	APTO PARA MANIPULACION D	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1966

LABORATORIOS

FECHA	PACIENTE	ID	EMPRESA	FECHADEI	EDAD
26/05/2023	ALBA LUCERO RAMIREZ GONZALEZ	39809016	MUNICIPIO DE TABIO	14/08/1973	49
17/11/2023	DUBY MARCELA ROZO ROJAS	1076621327	MUNICIPIO DE TABIO	22/01/1989	34
17/11/2023	WILLIAM FERNANDO PINILLA PINILLA	79169182	MUNICIPIO DE TABIO	4/08/1980	43
17/11/2023	JOHN LEANDRO CLAVIJO PAPAGAYO	11235214	MUNICIPIO DE TABIO	6/09/1979	44
21/11/2023	GERMAN CAMILO MATALLANA GONZALEZ	11236144	MUNICIPIO DE TABIO	24/05/1985	38
21/11/2023	JOAQUIN CORTES	80405651	MUNICIPIO DE TABIO	19/01/1967	56
21/11/2023	JAIME GUILLERMO CAMACHO LEAÑO	3194683	MUNICIPIO DE TABIO	23/04/1957	66
21/11/2023	POMPILIO QUINTERO FISCO	3194879	MUNICIPIO DE TABIO	25/10/1959	64
21/11/2023	CESAR AUGUSTO GONZALEZ CARDENAS	80406087	MUNICIPIO DE TABIO	5/08/1970	53
21/11/2023	ISAAC SALGADO RINCON	11337447	MUNICIPIO DE TABIO	7/08/1959	64
21/11/2023	JOSE ANTONIO CORREALES RODRIGUEZ	1055332533	MUNICIPIO DE TABIO	22/11/1989	34
21/11/2023	JESUS ORLANDO MARTINEZ TENJO	1076621493	MUNICIPIO DE TABIO	1/06/1989	34
21/11/2023	JOSE ALFREDO MACHUCA GARCIA	80406766	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1977	46
21/11/2023	JAIME ANTONIO PARRA GUERRERO	80384576	MUNICIPIO DE TABIO	1/01/1966	57
21/11/2023	GUSTAVO GOMEZ	80405842	MUNICIPIO DE TABIO	28/01/1969	54
22/11/2023	RAUL ALBERTO RODRIGUEZ CAMACHO	80405813	MUNICIPIO DE TABIO	10/12/1968	54
22/11/2023	DALMIRO DE JESUS DIAZ ARAUJO	77011551	MUNICIPIO DE TABIO	21/02/1961	62
22/11/2023	NUBIA STELLA MONGUI BENITEZ	40041389	MUNICIPIO DE TABIO	22/12/1972	50
22/11/2023	BLANCA AZUCENA QUIROGA FONQUE	39808744	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1970	53
22/11/2023	YOLANDA MATTA MONROY	39625102	MUNICIPIO DE TABIO	29/11/1973	50
23/11/2023	EDGAR ORLANDO ROMERO TORRES	79058031	MUNICIPIO DE TABIO	15/01/1971	52
24/11/2023	EDISON IVAN ARIZA FLOREZ	79335179	MUNICIPIO DE TABIO	3/02/1965	58
24/11/2023	ERICINDA RINCON JIMENEZ	35510207	MUNICIPIO DE TABIO	22/04/1968	55
24/11/2023	EDGAR HERNANDO RODRIGUEZ QUIROGA	80406677	MUNICIPIO DE TABIO	5/09/1976	47
24/11/2023	HUMBERTO RODRIGUEZ JULIO	80405978	MUNICIPIO DE TABIO	10/03/1970	53
24/11/2023	WILSON ANTONIO GOMEZ GUTIERREZ	80406962	MUNICIPIO DE TABIO	15/04/1979	44
24/11/2023	OLIVA OCAMPO CRUZ	20758953	MUNICIPIO DE TABIO	5/10/1966	57
24/11/2023	MANUEL ANTONIO ORJUELA CASTRO	3195482	MUNICIPIO DE TABIO	3/08/1965	58
24/11/2023	JUAN FRANCISCO GONZALEZ	80406819	MUNICIPIO DE TABIO	29/09/1975	48

ANEXO 4

4. Contar con instalaciones aledañas al Municipio De Tabio Cundinamarca, para la prestación del servicio del resto de los demás exámenes, las cuales deben estar en condiciones idóneas, de seguridad e higiene adecuadas para el desarrollo de la prestación del servicio requerido.

https://goo.gl/maps/Dg2nRvijEC7uAwfG8

ANEXO 5

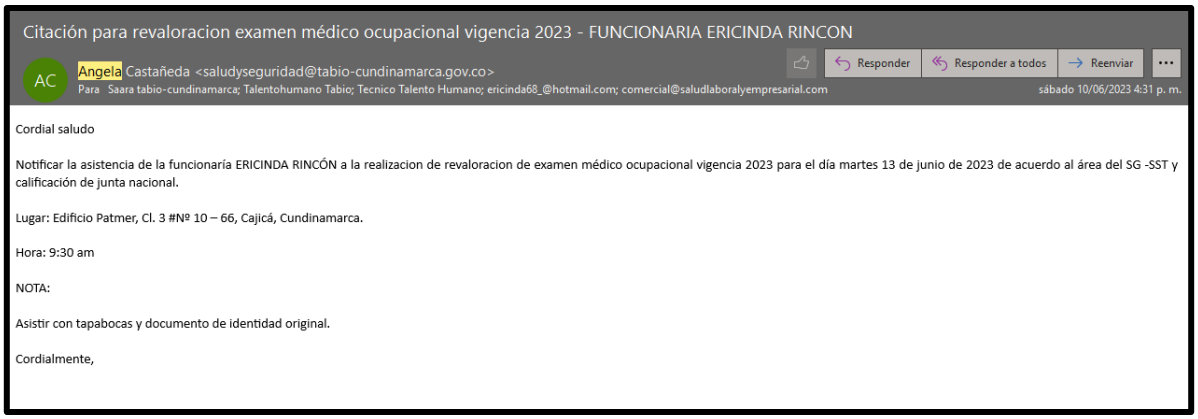
5. Prestar los servicios en horario de lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm



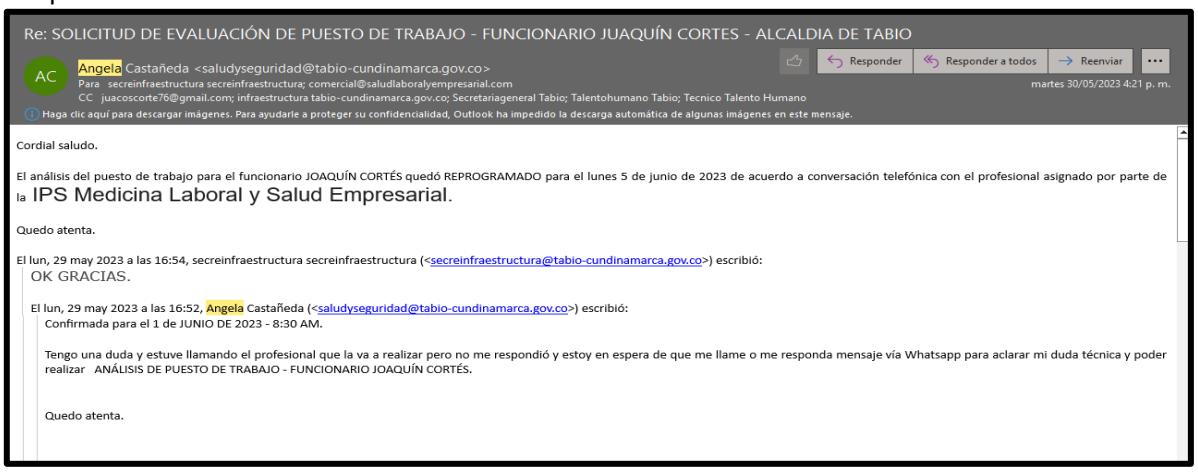
ANEXO 6

6. Ejecutar las actividades médicas y horarios acordados con el supervisor y de acuerdo con las actividades relacionadas en la presente oferta. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y DEMÁS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A QUE HAYA LUGAR A LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA

Ericinda Rincón

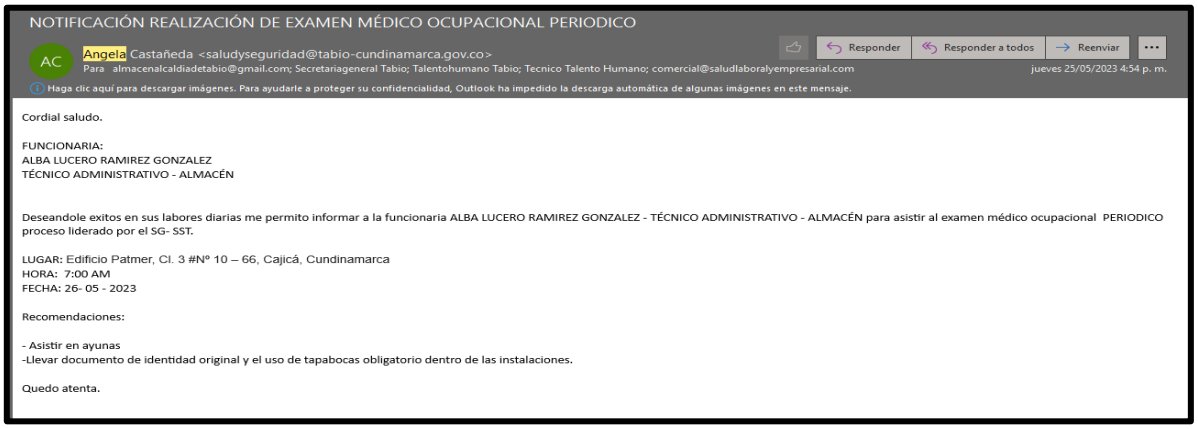


Joaquín Cortez



ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

Alba Ramirez



NOTIFICACIÓN REALIZACIÓN DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

AC Angela Castañeda <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Para almacenalcaldiadetabio@gmail.com; Secretariageneral Tabio; Talentohumano Tabio; Tecnico Talento Humano; comercial@saludlaboralyempresarial.com
jueves 25/05/2023 4:54 p. m.

Responder | Responder a todos | Reenviar

Haga clic aquí para descargar imágenes. Para ayudarle a proteger su confidencialidad, Outlook ha impedido la descarga automática de algunas imágenes en este mensaje.

Cordial saludo.

FUNCIONARIA:
ALBA LUCERO RAMIREZ GONZALEZ
TÉCNICO ADMINISTRATIVO - ALMACÉN

Deseandole exitos en sus labores diarias me permito informar a la funcionaria ALBA LUCERO RAMIREZ GONZALEZ - TÉCNICO ADMINISTRATIVO - ALMACÉN para asistir al examen médico ocupacional PERIODICO proceso liderado por el SG- SST.

LUGAR: Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá, Cundinamarca
HORA: 7:00 AM
FECHA: 26- 05 - 2023

Recomendaciones:

- Asistir en ayunas
-Llevar documento de identidad original y el uso de tapabocas obligatorio dentro de las instalaciones.

Quedo atenta.

Yeimy Lorena Venegas



LV lorena vanegas <comercial@saludlaboralyempresarial.com>
Para comercial@saludlaboralyempresarial.com
jueves 15/06/2023 7:43 a. m.

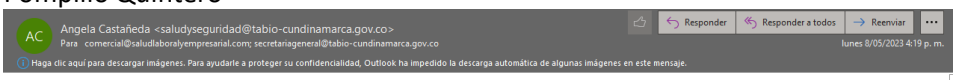
Responder | Responder a todos | Reenviar

From: lorena vanegas <ingcv.lorena28@gmail.com>
Subject: certificado

Message Body:
buen dia
notifico que aun no he recibido mi certificado medico que me realice el dia martes 13 de junio de 2023.
por favor enviarlo al siguiente correo:
Infraestructura@tabio-cundinamarca.gov.co
ingcv.lorena28@gmail.com
mis datos son los siguientes:
nombre: yeimy lorena vanegas contreras
cc:1076625119

--
Este e-mail fue enviado desde un formulario de contacto de Salud Laboral y Empresarial (https://www.saludlaboralyempresarial.com)

Pompilio Quintero



AC Angela Castañeda <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Para comercial@saludlaboralyempresarial.com; secretariageneral@tabio-cundinamarca.gov.co
lunes 8/05/2023 4:19 p. m.

Responder | Responder a todos | Reenviar

Haga clic aquí para descargar imágenes. Para ayudarle a proteger su confidencialidad, Outlook ha impedido la descarga automática de algunas imágenes en este mensaje.

Cordial saludo.

Con respecto al CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL del funcionario POMPILIO QUINTERO FISCO es importante emitir una certificación clara del CONCEPTO DE APTITUD LABORAL ya que dice **APLAZADO PARA CONDUCTOR - EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES** y en las observaciones: **Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: PUEDE CONDUCIR CON AYUDAS VISUALES, ESPEJO RETROVIOR FRONTAL PANORAMICO, DOS ESPEJOS LATERALES COVEXO) NO EXPONERSE A RUIDO. CONDUCIR CON EL RAIO APAGADO. NO PUEDE CONDUCIR BUS ESCOLAR. USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, NO HALAR, LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG**

En la parte de NO PUEDE CONDUCIR BUS ESCOLAR deja abierto que puede conducir otra clase de vehículo que aplique.

Entonces es importante aclarar si se puede o no puede conducir.

Quedo atenta al envío de la certificación y/o a la corrección de CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con la respectiva aclaración.

Quedo atenta.

Cordialmente,

El lun, 8 may 2023 a las 9:12, <comercial@saludlaboralyempresarial.com> escribió:

> Buenas tardes
>
> Cordial saludo.
>
> Medicina Laboral & Salud Empresarial S.A.S. desea brindarles nuestros servicios y ser un aliado estratégico de su prestigiosa Organización en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo.
> Nuestra misión: prestar servicios con calidad y calidez humana, para generar salud individual, empresarial y del entorno social.
>
> Ofrecemos nuestros servicios de manera extramural (en su empresa) o en nuestras instalaciones, somos especialistas en salud ocupacional, laboratorio clínico y consultorías en seguridad y salud en el trabajo.
> **De manera atenta enviamos los certificados laborales.**
>
> Gracias por permitirnos brindarles la información y ponemos a su disposición un excelente servicio.
>
> *Cualquier duda o inquietud Línea de comunicación comercial: 3134204936.*

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

Primera Jornada

Cordial saludo.

Envio nuevamente la programación con un cambio realizado referente a un funcionario.

Deseándole éxitos en sus labores diarias y de acuerdo al Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019 se realizará la primera JORNADA DE TOMA DE EXÀMENES MÉDICO OCUPACIONALES para la vigencia actual 2023.

Los Exámenes Médico Ocupacionales aplican para el personal de planta de la Administración Municipal y se requiere que cada Secretario de despacho INFORME Y SOCIALICE con sus equipos de trabajo las diferentes programaciones y horarios correspondientes para la toma de los mismos.

RECOMENDACIONES GENERALES:

Todas los funcionarios deben llevar el documento de identidad en físico y tapabocas obligatorio.

LUGAR DE LA IPS LABORAL DONDE DEBEN ASISTIR SE ENCUENTRA EN EL CUADRO DE PROGRAMACIÓN:

NOMBRE: **IPS MEDICINA LABORAL Y SALUD EMPRESARIAL** " Un camino hacia la salud".
Municipio: Cajicá
Dirección: Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá, Cundinamarca - Avenida Cavelier.
Teléfono: 3134204936
Hora: **Programada en el cuadro anterior por grupos.**

"ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO LA TOMA DE LOS EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES Y DEBEN CUMPLIR CON LOS HORARIOS ASIGNADOS YA QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DE SUS HORARIOS LABORALES"

Muchas gracias.

CLAVIJO PAPAGAYO JOHN LEANDRO	11235214	6/09/1979	44	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DESPACHO ALCALDE	Carrera Administrativa	EN AYUNAS	7:00AM	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,
MOYANO JULIO IVON ALEJANDRA	1076620139	2/04/1985	38	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Carrera Administrativa	NORMAL	8:00AM	IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá
WILLIAM FERNANDO PINILLA PINILLA	79169182	4/08/1980	43	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Carrera Administrativa	EN AYUNAS	7:00AM	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,
ROZO ROJAS DUBY MARCELA	1076621327	22/01/1989	34	TECNICO ADMINISTRATIVO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Carrera Administrativa	EN AYUNAS	7:00AM	IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá
CERON JARA MANUEL ALEXANDER	1023587787	4/09/1989	34	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	GOBIERNO SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA	Carrera Administrativa	NORMAL	8:00AM	IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá
ROJAS ORJUELA JOSE EDUARDO	1076622019	31/07/1990	33	TECNICO ADMINISTRATIVO	HACIENDA	Provisional	NORMAL	8:00 a. m.	IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá

El jue, 16 nov 2023 a las 11:10, Angela Castalleda (<saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>) escribió:
Cordial saludo.

Deseándole éxitos en sus labores diarias y de acuerdo al Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019 se realizará la primera JORNADA DE TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES para la vigencia actual 2023.

Los Exámenes Médico Ocupacionales aplican para el personal de planta de la Administración Municipal y se requiere que cada Secretario de despacho INFORME Y SOCIALICE con sus equipos de trabajo las diferentes programaciones y horarios correspondientes para la toma de los mismos.

NOMBRE FUNCIONARIO	No DE CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS	Denominación del Empleo	Dependencia	Tipo de nombramiento	VIERNES 17 NOVIEMBRE 2023	HORA	LUGAR
CLAVIJO PAPAGAYO JOHN LEANDRO	11235214	6/09/1979	44	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DESPACHO ALCALDE	Carrera Administrativa	EN AYUNAS	7:00AM	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,
MOYANO JULIO IVON ALEJANDRA	1076620139	2/04/1985	38	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Carrera Administrativa	NORMAL	8:00AM	IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá
WILLIAM FERNANDO PINILLA PINILLA	79169182	4/08/1980	43	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Carrera Administrativa	EN AYUNAS	7:00AM	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,
ROZO ROJAS DUBY MARCELA	1076621327	22/01/1989	34	TECNICO ADMINISTRATIVO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Carrera Administrativa	EN AYUNAS	7:00AM	IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá
ROJAS ORJUELA JOSE EDUARDO	1076622019	31/07/1990	33	TECNICO ADMINISTRATIVO	HACIENDA	Provisional	NORMAL	8:00 a. m.	IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá
BOLIVAR SALINAS JHONATAN STEVEN	1076623576	5/10/1993	30	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	PLANEACIÓN	Provisional	NORMAL	8:00 a. m.	IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá

Segunda Jornada

Cordial saludo.

Adicional a la programación anterior se agregan 4 funcionarios más de planta para un total de 10 personas atendidas para el día LUNES 20 DE NOVIEMBRE DE 2023.

Adjunto cuadro de programación:]

NOMBRE FUNCIONARIO	No DE CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS	Denominación del Empleo	Dependencia	Tipo de nombramiento	LUNES 20 DE NOVIEMBRE 2023 - PREPARACIÓN	LUGAR	HORA
REYES CAMARGO MARGARITA MARIA	35199009	27/06/1982	41	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO	Provisional	NORMAL	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,	8:55
HIGUERA CRUZ DEIBY YOLIMA	39809452	23/05/1977	46	TECNICO OPERATIVO	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO	Provisional	NORMAL	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,	9:00
PERAZA OSORIO JAVIER	11235666	3/10/1982	41	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO	Carrera Administrativa	NORMAL	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,	9:05
PRADA SANCHEZ LUIS ORLANDO	79166261	30/11/1972	51	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS	Carrera Administrativa	NORMAL	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,	8:50

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

El jue, 16 nov 2023 a las 13:02, Angela Castañeda (<saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>) escribió:
Cordial saludo.

Deseándole éxitos en sus labores diarias y de acuerdo al Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019 se realizará la 2 JORNADA DE TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES para la vigencia actual 2023.

Los Exámenes Médico Ocupacionales aplican para el personal de planta de la Administración Municipal y se requiere que cada Secretario de despacho INFORME Y SOCIALICE con sus equipos de trabajo las diferentes programaciones y horarios correspondientes para la toma de los mismos.

NOMBRE FUNCIONARIO	No DE CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS	Denominación del Empleo	Dependencia	Tipo de nombramiento	LUNES 20 DE NOVIEMBRE 2023 - PREPARACIÓN	LUGAR	HORA
FIQUITIVA RINCON RUBI ESMERALDA	20455450	27/11/1972	51	JEFE ASESOR DE CONTROL INTERNO	DESPACHO ALCALDE	Periodo fijo	NORMAL	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,	8:05
PEÑUELA QUIJANO MARTHA ROCIO	39789305	13/06/1971	52	SECRETARIO DE DESPACHO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,	8:20
DIAZ HERNANDEZ MARIA ESPERANZA	20993693	21/02/1959	64	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	GOBIERNO SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA	Provisional	NORMAL	1.EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego regresar a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá,	8:35
GONZÁLEZ CAMARGO CARMEN LUCILA DEL SOCORRO	20759040	16/05/1967	56	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	GOBIERNO SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA	Carrera Administrativa	NORMAL	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.	7:20
PAEZ RINCON MARIA ISABEL	39808922	19/05/1969	54	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GOBIERNO SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA	Carrera Administrativa	NORMAL	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.	7:35
ESPINOSA BOTTIA GUILLERMO	3195088	11/11/1961	62	TECNICO ADMINISTRATIVO	HACIENDA	Carrera Administrativa	NORMAL	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.	7:50

Tercera Jornada

---------- Forwarded message ---------
De: **Angela Castañeda** <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Date: lun, 20 nov 2023 a las 11:40
Subject: 3 JORNADA DE TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES 2023 DE FUNCIONARIOS DE PLANTA - MARTES 21 DE NOVIEMBRE 2023
To: Alcaldía Tabio Cundinamarca <alcaldia@tabio-cundinamarca.gov.co>, infraestructura tabio-cundinamarca.gov.co <infraestructura@tabio-cundinamarca.gov.co>, secreinfraestructura secreinfraestructura <secreinfraestructura@tabio-cundinamarca.gov.co>, Turismo Tabio <turismo@tabio-cundinamarca.gov.co>, sdeyt @tabio-cundinamarca.gov.co <sdeyt@tabio-cundinamarca.gov.co>, Secretariageneral Tabio <secretariageneral@tabio-cundinamarca.gov.co>, Rosmery Gutierrez <auxiliar.secretariageneral@tabio-cundinamarca.gov.co>, Saara tabio-cundinamarca <saara@tabio-cundinamarca.gov.co>, Prensa Tabio <prensa@tabio-cundinamarca.gov.co>, Hacienda Municipio de Tabio <hacienda@tabio-cundinamarca.gov.co>

Cordial saludo.

Deseándole éxitos en sus labores diarias y de acuerdo al Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019 se realizará la 2 JORNADA DE TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES para la vigencia actual 2023.

Los Exámenes Médico Ocupacionales aplican para el personal de planta de la Administración Municipal y se requiere que cada Secretario de despacho INFORME Y SOCIALICE con sus equipos de trabajo las diferentes programaciones y horarios correspondientes para la toma de los mismos.

NOMBRE FUNCIONARIO	AÑOS	Denominación del Empleo	Dependencia	Tipo de nombramiento	MARTES 21 DE NOVIEMBRE 2023 PREPARACIÓN	HORA	LUGAR
HURTADO ANDRADE HILDA ROCIO	38	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DESPACHO ALCALDE	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	8:30AM	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá
JURADO ROA ANGIE ALEJANDRA	23	SECRETARIO EJECUTIVO DEL DESPACHO DEL ALCALDE	DESPACHO ALCALDE	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	8:40AM	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá
GUTIERREZ YEPES ROSMARY	35	TECNICO ADMINISTRATIVO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Provisional	NORMAL	8:20AM	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá
QUINTERO FISCO POMPILIO	64	CONDUCTOR MECÁNICO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Carrera Administrativa	AYUNAS	7:00AM	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
ROMERO TORRES EDGAR ORLANDO	52	TECNICO ADMINISTRATIVO	HACIENDA	Carrera Administrativa	AYUNAS	6:50 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
CORTES JOAQUIN	56	OPERARIO	INFRAESTRUCTURA	Carrera Administrativa	AYUNAS	7:20 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
SALGADO RINCON ISAAC	64	OPERARIO	INFRAESTRUCTURA	Trabajador oficial	AYUNAS	7:10 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #Nº 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

MARTINEZ TENJO JESUS ORLANDO	34	OPERARIO	INFRAESTRUCTURA	Trabajador oficial	AYUNAS	7:20 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
CORREALES RODRIGUEZ JOSE ANTONIO	34	OPERARIO CALIFICADO	INFRAESTRUCTURA	Carrera Administrativa	AYUNAS	7:20 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y EXAMÉN CONDUCTOR
GONZALEZ CARDENAS CESAR AUGUSTO	53	OPERARIO CALIFICADO	INFRAESTRUCTURA	Trabajador oficial	AYUNAS	7:30 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
MACHUCA GARCIA JOSE ALFREDO	46	CONDUCTOR MECÁNICO	INFRAESTRUCTURA	Carrera Administrativa	AYUNAS	7:40 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
MATALLANA GONZALEZ GERMAN CAMILO	38	CONDUCTOR MECÁNICO	INFRAESTRUCTURA	Carrera Administrativa	AYUNAS	7:50 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y EXAMÉN CONDUCTOR.
GOMEZ GUSTAVO	54	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INFRAESTRUCTURA	Carrera Administrativa	AYUNAS	8:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
PARRA GUERRERO JAIME ANTONIO	57	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO	Carrera Administrativa	AYUNAS	8:10 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
CAMACHO LEAÑO JAIME GUILLERMO	66	TECNICO OPERATIVO	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS	Carrera Administrativa	AYUNAS	7:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
GARCIA MIGUEL ANGEL	56	OPERARIO	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS	Trabajador oficial	AYUNAS	7:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.

Cuarta Jornada

---------- Forwarded message ---------
De: **Angela Castañeda** <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Date: mar, 21 nov 2023 a las 16:57
Subject: Fwd: 4 JORNADA DE TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES 2023 DE FUNCIONARIOS DE PLANTA - MIERCOLES 22 DE NOVIEMBRE 2023
To: Secretariageneral Tabio <secretariageneral@tabio-cundinamarca.gov.co>, Vilma Velasquez <participacion@tabio-cundinamarca.gov.co>, Sseds tabio-cundinamarca <sseds@tabio-cundinamarca.gov.co>, <ssedstabio@gmail.com>, Punto Vive Digital <vivedigital@tabio-cundinamarca.gov.co>, Hacienda Municipio de Tabio <hacienda@tabio-cundinamarca.gov.co>, Alcaldía Tabio Cundinamarca <alcaldia@tabio-cundinamarca.gov.co>, David Bernal <recaudos@tabio-cundinamarca.gov.co>, Planeacion tabio-cundinamarca <planeacion@tabio-cundinamarca.gov.co>, infraestructura tabio-cundinamarca.gov.co <infraestructura@tabio-cundinamarca.gov.co>, secreinfraestructura secreinfraestructura <secreinfraestructura@tabio-cundinamarca.gov.co>, Jhonatan Steven Bolivar <jisproyectos@tabio-cundinamarca.gov.co>, Turismo Tabio <turismo@tabio-cundinamarca.gov.co>, sdeyt @tabio-cundinamarca.gov.co <sdeyt@tabio-cundinamarca.gov.co>

Cordial saludo.

SE REALIZAN UNAS MODIFICACIONES CON RESPECTO A ALGUNOS COMPAÑEROS.

NOMBRE FUNCIONARIO	AÑOS	Denominación del Empleo	Dependencia	Tipo de nombramiento	MIERCOLES 22 DE NOVIEMBRE 2023 - PREPARACIÓN	HORA	LUGAR
TORRES SERRANO YOLANDA	58	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Carrera Administrativa	NORMAL	8:05 a. m.	EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá.
DIAZ ARAUJO DALMIRO DE JESUS	62	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Provisional	AYUNAS	7:20 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
BLANCA AZUCENA QUIROGA FONQUE		AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA	Carrera Administrativa	NORMAL	8:10 a. m.	EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá.
RODRIGUEZ CAMACHO RAUL ALBERTO	55	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GOBIERNO SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA	Carrera Administrativa	AYUNAS	7:10 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
LOZANO LOPEZ ANGELA YOLIMA	44	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Carrera administrativa	NORMAL	8:00	EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá.
GONZALEZ RAMIREZ GLADYS AMALIA	39	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Carrera Administrativa	NORMAL	8:30 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
GARZÓN YAZO DAVID LEONARDO	35	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	PLANEACIÓN	Carrera Administrativa	NORMAL	8:30 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66.
BOLIVAR SALINAS JHONATAN STEVEN	30	TECNICO ADMINISTRATIVO	PLANEACIÓN	Provisional	NORMAL	8:40 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66.
CASTILLO AGUIRRE GERMAN HUMBERTO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO	INFRAESTRUCTURA	Carrera Administrativa	NORMAL	8:25 a. m.	EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá.
MATALLANA GONZALEZ GERMAN CAMILO	38	CONDUCTOR MECÁNICO	INFRAESTRUCTURA	Carrera Administrativa	AYUNAS	7:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá - EXAMÉN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
MATTA MONROY YOLANDA	50	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INFRAESTRUCTURA	Carrera Administrativa	NORMAL	8:15 a. m.	EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma y luego a la IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá.
MONGUI BENITEZ NUBIA STELLA	51	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO	Carrera Administrativa	NORMAL	7:00	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

Quinta Jornada

---------- Forwarded message ---------
De: Angela Castañeda <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Date: mié, 22 nov 2023 a las 15:30
Subject: Re: 5 JORNADA DE TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES 2023 DE FUNCIONARIOS DE PLANTA - JUEVES 23 DE NOVIEMBRE 2023
To: Hacienda Municipio de Tabio <hacienda@tabio-cundinamarca.gov.co>, David Bernal <recaudos@tabio-cundinamarca.gov.co>, Rubiela Laverde <coordinacionsalud@tabio-cundinamarca.gov.co>, Sseds tabio-cundinamarca <ssedsatabio@gmail.com>, Rocio Quintana <discapacidad@tabio-cundinamarca.gov.co>, Digtadorapic Tabio <digitadorapic@tabio-cundinamarca.gov.co>, adulto mayor <adultomayor@tabio-cundinamarca.gov.co>, Planeacion tabio-cundinamarca <planeacion@tabio-cundinamarca.gov.co>, Juan Carlos Velandia <proyectos@tabio-cundinamarca.gov.co>, infraestructura tabio-cundinamarca.gov.co <infraestructura@tabio-cundinamarca.gov.co>, Secretariageneral Tabio <secretariageneral@tabio-cundinamarca.gov.co>, Johana Avellaneda <sisben@tabio-cundinamarca.gov.co>, sdeyt @tabio-cundinamarca.gov.co <sdeyt@tabio-cundinamarca.gov.co>, Turismo Tabio <turismo@tabio-cundinamarca.gov.co>, Saara tabio-cundinamarca <saara@tabio-cundinamarca.gov.co>, Johana Venegas <gestionagricola@tabio-cundinamarca.gov.co>, Alcaldía Tabio Cundinamarca <alcaldia@tabio-cundinamarca.gov.co>

Cordial saludo.

ENVÍO NUEVAMENTE LISTADO CON UNAS MODIFICACIONES EN CUANTO A PERSONAS Y LUGAR

NOMBRE FUNCIONARIO	No DE CEDULA	AÑOS	Denominación del Empleo	Dependencia	Tipo de nombramiento	JUEVES 23 DE NOVIEMBRE 2023	HORA	
ESPINOSA BOTTIA GUILLERMO	3195088	62	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	HACIENDA	Carrera Administrativa	NORMAL	7:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
ROMERO TORRES EDGAR ORLANDO	79058031	52	TECNICO ADMINISTRATIVO	HACIENDA	Carrera Administrativa	AYUNAS	6:50 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá - EXAMEN CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
ESPINOSA RODRIGUEZ MARIA ANTONIA	39808891	51	SECRETARIO DE DESPACHO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	7:10 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
LAVERDE BORREGO LUZ RUBIELA	20983347	59	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Carrera Administrativa	NORMAL	7:20 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
QUINTANA GARZON ROCIO DEL PILAR	35415438	53	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Provisional	NORMAL	8:00 a. m.	1. EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá
ABRIL BALLEN DIANA MARCELA	39810565	38	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Carrera Administrativa	NORMAL	8:50AM	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá.
OCHOA RODRIGUEZ MARIA DEL ROSARIO	52666073	44	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Carrera Administrativa	NORMAL	8:05 a. m.	1. EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá
GONZALEZ GANTIVA CARLOS ALBERTO	1070013783	29	SECRETARIO DE DESPACHO	PLANEACIÓN	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	8:40 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
AVELLANEDA URBINA JOHANA PATRICIA	39810366	40	TECNICO ADMINISTRATIVO	PLANEACIÓN	Provisional	NORMAL	8:10 a. m.	1. EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá
GUZMAN GOMEZ FERNANDO	79444861		SECRETARIO DE DESPACHO	INFRAESTRUCTURA	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	8:10 a. m.	1. EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá
TORRES GUTIERREZ DIANA LOURDES	39810130	41	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INFRAESTRUCTURA	Provisional	NORMAL	8:15 a. m.	1. EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá
FONTECHA GAITAN JAVIER ESTEBAN	1076621377	34	SECRETARIO DE DESPACHO	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	9:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá .
ARDILA QUEVEDO JULIAN DAVID	1020758372	33	SECRETARIO DE DESPACHO	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	9:10 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá.
VENEGAS HERRERA JOHANA CECILIA	1076621549	34	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS	Carrera Administrativa	NORMAL	9:20 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá .

Capacitación manipulación de alimentos

Cordial saludo.

Deseándole éxitos en sus labores diarias y de acuerdo al Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019 se realizará la CAPACITACIÓN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS VIGENCIA 2023 dentro del contrato de Exámenes Médico Ocupacionales aplican para el personal de planta de la Administración Municipal y se requiere que cada Secretario de despacho INFORME Y SOCIALICE con sus equipos de trabajo las diferentes programaciones y horarios correspondientes.

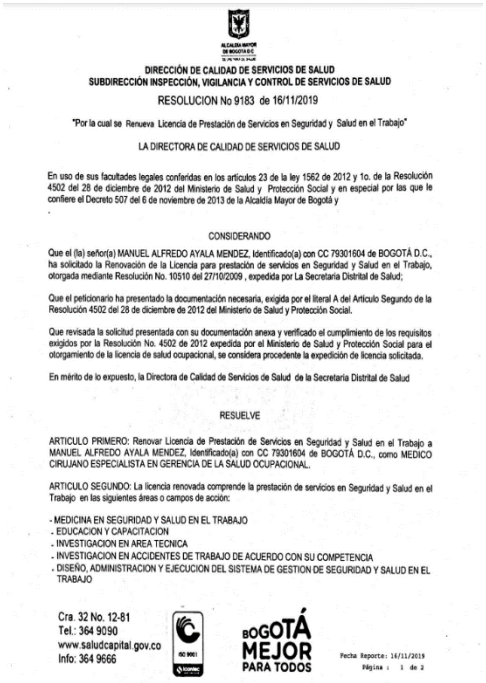
CAPACITACIÓN PARA LAS FUNCIONARIAS DE SERVICIO GENERALES DE PLANTA:

BLANCA AZUCENA QUIROGA FONQUE	39808744			AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA
OCAMPO CRUZ OLIVA	20758953	5/10/1966	57	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	INTEGRACIÓN SOCIAL
MONGUI BENTEZ NUBIA ESTELLA	40041389	22/12/1972	51	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO
RINCON JIMENEZ ERCINDA	35510207	22/04/1968	55	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS

ANEXO 8

8- Disponer del personal idóneo y necesario para la prestación de los servicios. Contar con un médico especialista en seguridad y salud en el trabajo o medicina del trabajo al igual con el Profesional fisioterapeuta o terapeuta ocupacional con especialización en seguridad y salud en el Trabajo.

LICENCIA DR MANUEL AYALA



DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 9183 de 16/11/2019

"Por la cual se Renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ, Identificado(a) con CC 79301604 de BOGOTÁ D.C., ha solicitado la Renovación de la Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, otorgada mediante Resolución No. 10510 del 27/10/2009 , expedida por La Secretaría Distrital de Salud;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Articulo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Renovar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ, Identificado(a) con CC 79301604 de BOGOTÁ D.C., como MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL.

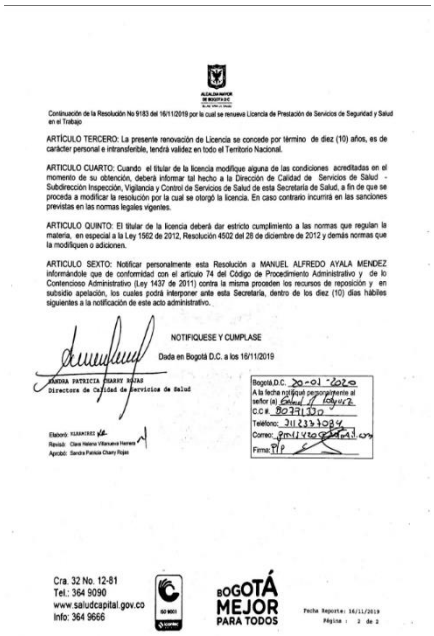
ARTICULO SEGUNDO: La licencia renovada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACION Y CAPACITACION
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fecha Reporte: 16/11/2019
Página : 1 de 2



Continuación de la Resolución No 9183 del 16/11/2019 por la cual se renueva Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO TERCERO: La presente renovación de Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 16/11/2019

AMANDA PATRICIA ZABAY BAENA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Bogotá,D.C. 30-01-2020
A la fecha notificado personalmente al señor (a) Manuel A. Ayala M.
C.C # 80231303
Teléfono: 3112337034
Correo: gmail.com
Firma:

Elaboró: YUMARIBEL
Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó: Sandra Patricia Charry Rojas

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fecha Reporte: 16/11/2019
Página : 2 de 2

LICENCIA DR DIEGO HERMIDA



DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 1018 de 23/01/2018

"Por la cual se Renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) DIEGO FERNANDO HER- DA GOMEZ, Identificado(a) con CC 79722872 de BOGOTA D.C., ha solicitado la Renovación de la Licenci.a para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, otorgada mediante Resolución No. 10536 del 01/11/2007 , expedida por La Secretaría Distrital de Salud;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Articulo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Renovar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a DIEGO FERNANDO HERMIDA GOMEZ, Identificado(a) con CC 79722872 de BOGOTA D.C., como FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia renovada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- TERAPIA FISICA EN SEGURIDAD Y SAL J EN EL TRABAJO
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- EDUCACION Y CAPACITACION
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS



Continuación de la Resolución No 1018 del 23/01/2018 por la cual se renueva Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo

TRABAJO

ARTICULO TERCERO: La presente renovación de Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a DIEGO FERNANDO HERMIDA GOMEZ informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 23/01/2018

Original Firmado Por
ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Bogotá,D.C. 5/2/2019
A la fecha notificado personalmente al señor (a)
C.C # 79722872
Teléfono: 3158255249
Correo:
Firma:

Elaboró:
Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó: Rosmira Mosquera Padilla

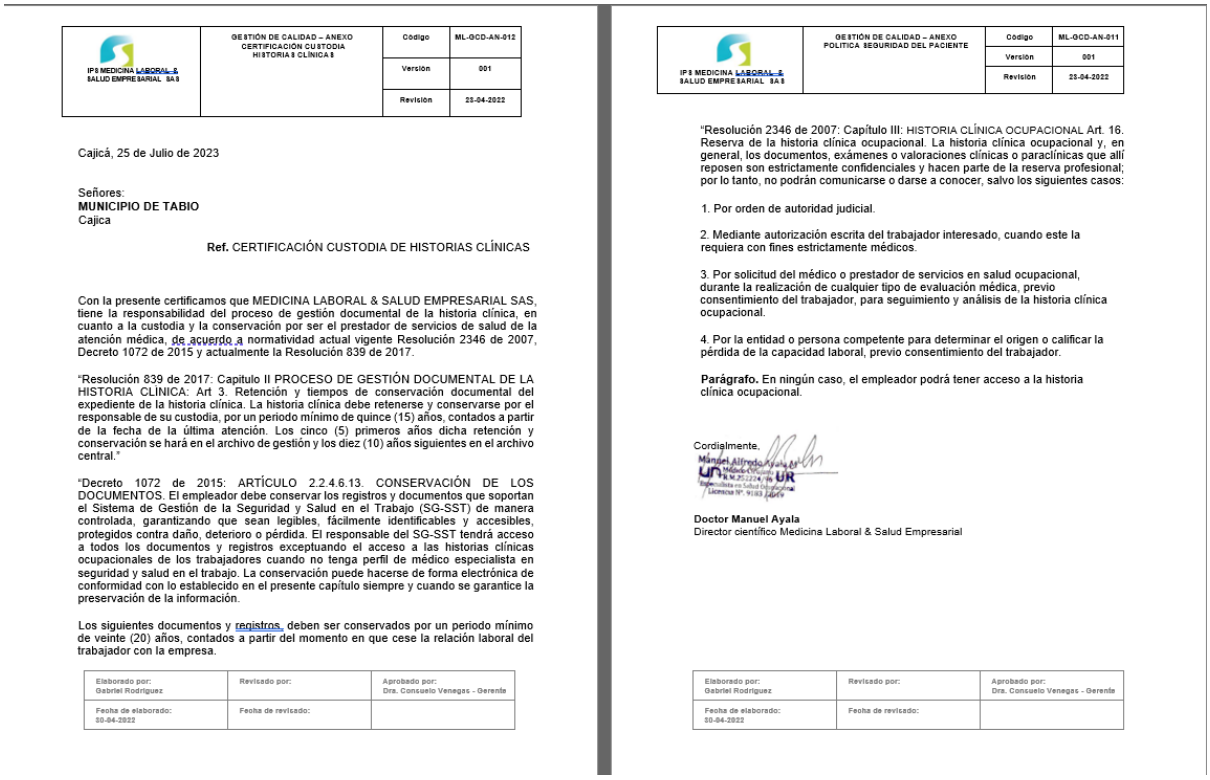
Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fecha Reporte: 30/01/2019
Página 2 de 2

ANEXO 9

11 Mantener en custodia de Historias Clínicas realizadas a Funcionarios.



IPS MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS	GESTIÓN DE CALIDAD – ANEXO CERTIFICACIÓN CUSTODIA HISTORIA S CLÍNICA S	Código	ML-GCD-AN-012
		Versión	001
		Revisión	28-04-2022

Cajicá, 25 de Julio de 2023

Señores:
MUNICIPIO DE TABIO
Cajica

Ref. CERTIFICACIÓN CUSTODIA DE HISTORIAS CLÍNICAS

Con la presente certificamos que MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS, tiene la responsabilidad del proceso de gestión documental de la historia clínica, en cuanto a la custodia y la conservación por ser el prestador de servicios de salud de la atención médica, de acuerdo a normatividad actual vigente Resolución 2346 de 2007, Decreto 1072 de 2015 y actualmente la Resolución 839 de 2017.

"Resolución 839 de 2017: Capitulo II PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA HISTORIA CLÍNICA: Art 3. Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica. La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central."

"Decreto 1072 de 2015: ARTÍCULO 2.2.4.6.13. CONSERVACIÓN DE LOS DOCUMENTOS. El empleador debe conservar los registros y documentos que soportan el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de manera controlada, garantizando que sean legibles, fácilmente identificables y accesibles, protegidos contra daño, deterioro o pérdida. El responsable del SG-SST tendrá acceso a todos los documentos y registros exceptuando el acceso a las historias clínicas ocupacionales de los trabajadores cuando no tenga perfil de médico especialista en seguridad y salud en el trabajo. La conservación puede hacerse de forma electrónica de conformidad con lo establecido en el presente capítulo siempre y cuando se garantice la preservación de la información.

Los siguientes documentos y registros, deben ser conservados por un periodo mínimo de veinte (20) años, contados a partir del momento en que cese la relación laboral del trabajador con la empresa.

Elaborado por: Gabriel Rodriguez	Revisado por:	Aprobado por: Dra. Consuelo Venegas - Gerente
Fecha de elaborado: 30-04-2022	Fecha de revisado:	

IPS MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS	GESTIÓN DE CALIDAD – ANEXO POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Código	ML-GCD-AN-011
		Version	001
		Revision	28-04-2022

"Resolución 2346 de 2007: Capítulo III: HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Art. 16. Reserva de la historia clínica ocupacional. La historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y hacen parte de la reserva profesional; por lo tanto, no podrán comunicarse o darse a conocer, salvo los siguientes casos:

1. Por orden de autoridad judicial.

2. Mediante autorización escrita del trabajador interesado, cuando este la requiera con fines estrictamente médicos.

3. Por solicitud del médico o prestador de servicios en salud ocupacional, durante la realización de cualquier tipo de evaluación médica, previo consentimiento del trabajador, para seguimiento y análisis de la historia clínica ocupacional.

4. Por la entidad o persona competente para determinar el origen o calificar la pérdida de la capacidad laboral, previo consentimiento del trabajador.

Parágrafo. En ningún caso, el empleador podrá tener acceso a la historia clínica ocupacional.

Cordialmente.

Doctor Manuel Ayala
Director científico Medicina Laboral & Salud Empresarial

Elaborado por: Gabriel Rodriguez	Revisado por:	Aprobado por: Dra. Consuelo Venegas - Gerente
Fecha de elaborado: 30-04-2022	Fecha de revisado:	

ANEXO 10

12 Contar con la infraestructura adecuada para realizar los respectivos exámenes relacionados con las especificaciones técnicas.



IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial
Un camino hacia la salud

Cajicá 13 de junio de 2023

Señores
ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO
Ciudad

Referencia: Certificación infraestructura adecuada prestación de servicios

Yo Magda Consuelo Venegas González, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de representante legal de Medicina Laboral & Salud Empresarial S.A.S, certifico que las instalaciones de la IPS se encuentran ubicadas en el municipio de Cajicá en la dirección Calle 3 N 10-66 Edificio Patmer Av. Cavelier como consta en cámara de comercio y Rut, donde bajo la gravedad del juramento certifico que cuento con las instalaciones, Consultorios, laboratorios y demás infraestructura necesaria para prestar el servicio de exámenes médicos ocupacionales, toma de muestras de laboratorio y procesamiento de muestras de laboratorio acreditados, con licencia y habilitaciones según lo requerido por el Ministerio de Salud en el Municipio de Cajicá.

Consuelo Vg
Magda Consuelo Vengas González
52.623.388 de Cajicá
Gerente

Dirección: Calle 3 # 10 – 66 Av. Cavelier, Cajicá Teléfonos: 312 869 02 73 – 313 420 49 36
Email: comercial@saludlaboralyempresarial.com
www.saludlaboralyempresarial.com

ANEXO 11

14 Cumplir con las condiciones jurídicas, técnicas, económicas y comerciales presentadas en la OFERTA.

Cámara de comercio

Cámara de Comercio de Bogotá

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B233027461501

24 DE JUNIO DE 2023 HORA 10:37:46

AB23320274 PÁGINA: 1 DE 3

* *

****

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO ILIMITADAMENTE DURANTE 60 DÍAS, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

****

RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

****

PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS

****

QUE, LOS DATOS DEL EMPRESARIO Y/O EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO HAN SIDO PUESTOS A DISPOSICIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL A TRAVÉS DE LA CONSULTA A LA BASE DE DATOS DEL RUES

****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.
LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL S.A.S
N.I.T. : 900817407 6 ADMINISTRACIÓN : DIRECCION SECCIONAL DE IMPUESTOS DE BOGOTA, REGIMEN COMUN
DOMICILIO : CAJICÁ (CUNDINAMARCA)

CERTIFICA:

MATRICULA NO: 02539814 DEL 6 DE FEBRERO DE 2015

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA :31 DE MARZO DE 2023
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2023
ACTIVO TOTAL : 79,732,013

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CALLE 3 NO. 10-66 AVENIDAD CAVELIER
MUNICIPIO : CAJICÁ (CUNDINAMARCA)
EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL : LABCONSUELOV1508@HOTMAIL.COM
DIRECCION COMERCIAL : CALLE 3 NO. 10-66 AVENIDAD CAVELIER
MUNICIPIO : CAJICÁ (CUNDINAMARCA)
EMAIL COMERCIAL : LABCONSUELOV1508@HOTMAIL.COM

CERTIFICA:

CONSTITUCION: QUE POR DOCUMENTO PRIVADO NO. SIN NUM DE ACCIONISTA UNICO DEL 2 DE FEBRERO DE 2015, INSCRITA EL 6 DE FEBRERO DE 2015 BAJO EL NUMERO 01909085 DEL LIBRO IX, SE CONSTITUYO LA SOCIEDAD COMERCIAL DENOMINADA MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL S.A.S.

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

CERTIFICA:

VIGENCIA: QUE EL TERMINO DE DURACION DE LA SOCIEDAD ES INDEFINIDO

CERTIFICA:

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRÁ COMO OBJETO PRINCIPAL. IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE MEDICINA LABORAL, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE, ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO, ENFERMEDADES PROFESIONALES, LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE TODOS LOS TRABAJADORES Y LA PRESERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE DE IGUAL MANERA PODRÁ REALIZAR ACTIVIDADES PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGOS Y EL PELIGRO EN CUALQUIERA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS. LA EMPRESA TAMBIÈN PODRÁ REPRESENTAR FIRMAS Y/O COMPAÑÍAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE, U OTROS SERVICIOS RELACIONADOS. PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SUS SERVICIOS PODRÁ CREAR ESTABLECIMIENTOS PARA TAL FIN DENTRO Y FUERA DEL PAÍS, Y EN GENERAL EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL CONCEDER Y ACEPTAR FRANQUICIAS. EN CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL, PODRÁ CELEBRAR TODA CLASE DE CONTRATOS DE COMERCIALIZACIÓN, CONCESIÓN, PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y REPRESENTACIÓN CON LAS ENTIDADES PUBLICAS, ENTES TERRITORIALES, ENTIDADES MIXTAS O PRIVADAS LA ADQUISICIÓN DE BIENES INMUEBLES PARA USO PROPIO O CON DESTINO A ARRENDARLOS; EL ARRENDAMIENTO DE LOS MISMOS, EL ARRENDAMIENTO DE TODA CLASE DE BIENES PARA SUBARRENDARLOS, Y EL SUBARRENDAMIENTOS DE LOS MISMOS LA ADQUISICIÓN Y/O ENAJENACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, LA PRENDA ARRENDAMIENTO, ADMINISTRACIÓN Y DEMÁS OPERACIONES ANÁLOGAS RELACIONADAS CON LOS MISMOS. LA INTERVENCIÓN COMO ASOCIADO EN LA CONSTITUCIÓN DE SOCIEDADES COMERCIALES, LOS ACTOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS MISMAS O LA ENAJENACIÓN DE LAS PARTES DE INTERÉS, CUOTAS O ACCIONES. EL GIRO, OTORGAMIENTO, ACEPTACIÓN, GARANTÍA O NEGOCIACIÓN DE TÍTULOS VALORES, ASÍ COMO LA COMPRA PARA LA REVENTA, PERMUTA, ETC DE LOS MISMOS. EL CORRETAJE, LAS AGENCIAS DE NEGOCIOS Y LA REPRESENTACIÓN DE FIRMAS NACIONALES O EXTRANJERAS. LA CONSTITUCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS PROMOTOTRAS DE NEGOCIOS Y LAS DE COMPRA Y VENTA, ADMINISTRACIÓN CUSTODIA O CIRCULACIÓN DE TODA CLASE DE BIENES. CONTRATAR PRESTAMOS O CRÉDITOS, FIRMAR LETRAS DE CAMBIO, PAGARES, ABRIR CUENTAS CORRIENTES DE AHORROS, DEPÓSITOS A TERMINO, SEGUROS, INVERTIR EN BIENES MUEBLES E INMUEBLES URBANOS O RURALES, ENSERES CORPORALES INCORPORABLES, TÍTULOS VALORES Y OTROS QUE A JUICIO DE LA JUNTA DIRECTIVA, SIRVA PARA LA REALIZACIÓN DEL OBJETO SOCIAL, O COMO INVERSIÓN DE FOMENTO Y DESARROLLO PARA EL APROVECHAMIENTO DE INCENTIVOS AUTORIZADOS POR LA LEY, O CUALQUIER ENTIDAD CREDITICIA, YA SEA OFICIAL O PRIVADA DEDICADA A ESTE FIN Y COMO UTILIZACIÓN RENTABLE O TRANSITORIA DE FONDOS O DISPONIBILIDADES NO NECESARIAS DE INMEDIATO PARA LE DESARROLLO DE LOS NEGOCIOS DE LA SOCIEDAD Y, EN GENERAL EJECUTAR Y CELEBRAR TODOS LOS ACTOS LÍCITOS DE COMERCIO. ASÍ MISMO, PODRÁ REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD ECONÓMICA LICITA TANTO EN COLOMBIA COMO EN EL EXTRANJERO. LA SOCIEDAD PODRÁ LLEVAR A CABO, EN GENERAL, TODAS LAS OPERACIONES, DE CUALQUIER NATURALEZA QUE ELLAS FUEREN, RELACIONADAS CON EL OBJETO MENCIONADO, ASÍ COMO CUALESQUIERA ACTIVIDADES SIMILARES, CONEXAS O COMPLEMENTARIAS O QUE PERMITAN FACILITAR O DESARROLLAR EL COMERCIO O LA INDUSTRIA DE LA SOCIEDAD.

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:
8691 (ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO)
ACTIVIDAD SECUNDARIA:
8621 (ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN)
OTRAS ACTIVIDADES:

Cámara de Comercio de Bogotá

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B233027461501

24 DE JUNIO DE 2023 HORA 10:37:46

AB23320274 PÁGINA: 3 DE 3

* *

SEÑOR EMPRESARIO, SI SU EMPRESA TIENE ACTIVOS INFERIORES A 30.000 SMLMV Y UNA PLANTA DE PERSONAL DE MENOS DE 200 TRABAJADORES, USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UN DESCUENTO EN EL PAGO DE LOS PARAFISCALES DE 75% EN EL PRIMER AÑO DE CONSTITUCION DE SU EMPRESA, DE 50% EN EL SEGUNDO AÑO Y DE 25% EN EL TERCER AÑO. LEY 590 DE 2000 Y DECRETO 525 DE 2009.

RECUERDE INGRESAR A WWW.SUPERSOCIEDADES.GOV.CO PARA VERIFICAR SI SU EMPRESA ESTA OBLIGADA A REMITIR ESTADOS FINANCIEROS. EVITE SANCIONES.

TAMAÑO EMPRESA

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 2.2.1.13.2.1 DEL DECRETO 1074 DE 2015 Y LA RESOLUCIÓN 2225 DE 2019 DEL DANE EL TAMAÑO DE LA EMPRESA ES MICROEMPRESA

LO ANTERIOR DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN REPORTADA POR EL MATRICULADO O INSCRITO EN EL FORMULARIO RUES:

INGRESOS POR ACTIVIDAD ORDINARIA $476,322,250

ACTIVIDAD ECONÓMICA POR LA QUE PERCIBIÓ MAYORES INGRESOS EN EL PERÍODO - CIIU : 8691

****

** ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA SOCIEDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION. **

****

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,
VALOR : $ 7,200

****

PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PÚBLICOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ, EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN PUEDE SER VALIDADO POR SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

****

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE CON FIRMA DIGITAL Y

****

****

****

****

****

CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURÍDICA CONFORME A LA LEY 527 DE 1999.

****

FIRMA MECÁNICA DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1995 Y LA AUTORIZACIÓN IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, MEDIANTE EL OFICIO DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1996.

CONSTANZA PUENTES TRUJILLO

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B233027461501

24 DE JUNIO DE 2023 HORA 10:37:46

AB23320274 PÁGINA: 2 DE 3

* *

7020 (ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE GESTIÓN)

CERTIFICA:

CAPITAL:

** CAPITAL AUTORIZADO **

VALOR : $100,000,000.00
NO. DE ACCIONES : 20,000.00
VALOR NOMINAL : $5,000.00

** CAPITAL SUSCRITO **

VALOR : $5,000,000.00
NO. DE ACCIONES : 1,000.00
VALOR NOMINAL : $5,000.00

** CAPITAL PAGADO **

VALOR : $5,000,000.00
NO. DE ACCIONES : 1,000.00
VALOR NOMINAL : $5,000.00

CERTIFICA:

REPRESENTACIÓN LEGAL: LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA ESTARÁ A CARGO DE UNA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, ACCIONISTA O NO, DESIGNADO PARA UN TÉRMINO DE UN AÑO, RENOVABLE POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

CERTIFICA:

** NOMBRAMIENTOS **

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO NO. SIN NUM DE ACCIONISTA UNICO DEL 2 DE FEBRERO DE 2015, INSCRITA EL 6 DE FEBRERO DE 2015 BAJO EL NUMERO 01909085 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE IDENTIFICACION

REPRESENTANTE LEGAL

VENEGAS GONZALEZ MAGDA CONSUELO C.C. 000000052623388

CERTIFICA:

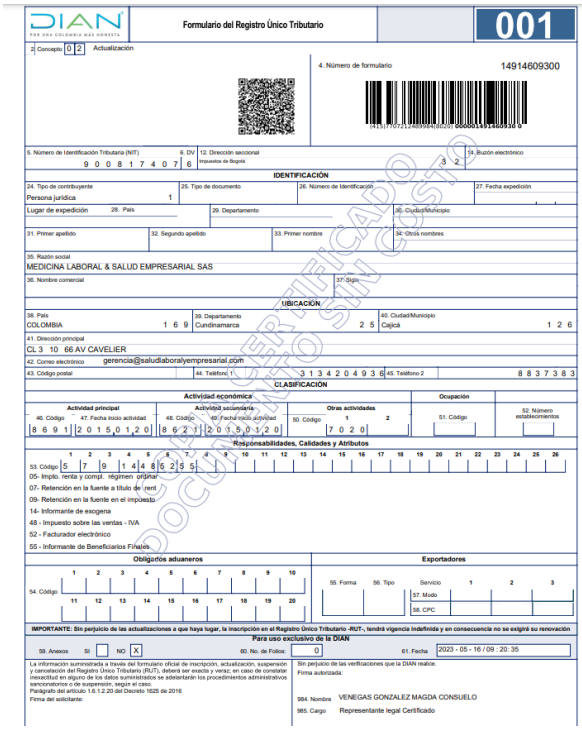
FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: EL REPRESENTANTE LEGAL SE ENTENDERÁ INVESTIDO DE LOS MÁS AMPLIOS PODERES PARA ACTUAR EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD, EN EL CUMPLIMIENTO DE SU FUNCIÓN EL REPRESENTANTE LEGAL DEBERÁN: 1. REALIZAR LOS ESFUERZOS CONDUCENTES AL ADECUADO DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL. 2. VELAR POR EL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O ESTATUTARIAS. 3. VELAR PORQUE SE PERMITA LA ADECUADA REALIZACIÓN DE LAS FUNCIONES ENCOMENDADAS A LA REVISORÍA FISCAL. 4. GUARDAR Y PROTEGER LA RESERVA COMERCIAL E INDUSTRIAL DE LA SOCIEDAD. 5. ABSTENERSE DE UTILIZAR INDEBIDAMENTE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA. 6. DAR UN TRATO EQUITATIVO A TODOS LOS SOCIOS Y RESPETAR EL EJERCICIO DEL DERECHO DE INSPECCIÓN DE TODOS ELLOS. 7. ABSTENERSE DE PARTICIPAR POR SÍ O POR INTERPUESTA PERSONA EN INTERÉS PERSONAL O DE TERCEROS, EN ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN COMPETENCIA CON LA SOCIEDAD O EN ACTOS RESPECTO DE LOS CUALES EXISTA CONFLICTO DE INTERESES, SALVO AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LA JUNTA DE SOCIOS O ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. EN ESTOS CASOS, EL ADMINISTRADOR SUMINISTRARÁ AL ÓRGANO SOCIAL CORRESPONDIENTE TODA LA INFORMACIÓN QUE SEA RELEVANTE PARA LA TOMA DE LA DECISIÓN. DE LA RESPECTIVA DETERMINACIÓN DEBERÁ EXCLUIRSE EL VOTO DEL ADMINISTRADOR, SI FUERE SOCIO. EN TODO CASO, LA AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DE SOCIOS O ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS SÓLO PODRÁ OTORGARSE CUANDO EL ACTO NO PERJUDIQUE LOS INTERESES DE LA SOCIEDAD. ADEMÁS DE LAS FACULTADES ANTES ENUMERADAS EL REPRESENTANTE LEGAL TENDRÁ DENTRO SUS FUNCIONES DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS, LAS SIGUIENTES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN: 1) DAR Y TOMAR DINERO EN PRÉSTAMO. 2) DISPONER SOBRE LA ACEPTACIÓN, LIBRAMIENTO, ENDOSO Y PROTESTO DE CHEQUES, PAGARÉS, LETRAS DE CAMBIO Y CUALESQUIERA OTROS TÍTULOS DE CRÉDITO A EFECTOS DE COMERCIO 3) DISPONER SOBRE LA APERTURA, MOVILIZACIÓN Y CANCELACIÓN DE LAS CUENTAS BANCARIAS DE LA EMPRESA Y AUTORIZAR A OTRAS PERSONAS PARA QUE PUEDAN FIRMAR POR LA EMPRESA. 4) CONSTITUIR FACTORES MERCANTILES Y CUALQUIER OTRO TIPO DE MANDATARIO O APODERADO, DELEGÁNDOLE LAS FACULTADES QUE ESTIME CONVENIENTES. 5) REPRESENTAR JUDICIALMENTE A LA EMPRESA Y OTORGAR LOS PODERES JUDICIALES CON LAS FACULTADES QUE JUZGAREN CONVENIENTES. REVOCAR TALES PODERES. 6) SUSCRIBIR, ADQUIRIR, COMPRAR, VENDER O ENAJENAR POR CUALQUIER MEDIO DE ACCIONES, TÍTULOS, OBLIGACIONES DE OTRAS EMPRESAS O PARTICIPAR DE CUALQUIER OTRA MANERA EN ELLAS. 7) CONSIDERAR Y APROBAR LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA EMPRESA, Y CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DIRECTO O INDIRECTO PARA LABORAR EN LA MISMA. 8) CONSIDERAR, APROBAR O IMPROBAR O MODIFICAR LOS PRESUPUESTOS DE INVERSIÓN Y GASTOS CORRESPONDIENTES A LOS PROGRAMAS FINANCIEROS. 9) ADQUIRIR, COMPRAR, VENDER, ENAJENAR, ARRENDAR, SUBARRENDAR BIENES MUEBLES E INMUEBLES, CELEBRAR TODO TIPO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y ACUERDOS CON CUALQUIER PERSONA JURÍDICA O NATURAL PÚBLICA O PRIVADA; CONSTITUIR TODA CLASE DE GARANTÍAS, INCLUSO AVALES, SIN MÁS EXCEPCIÓN QUE LAS QUE ESTABLECEN LAS LEYES. 10) RESOLVER SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE OFICINAS, AGENCIAS O SUCURSALES EN COLOMBIA Y EN EL EXTERIOR. 11) NOMBRAR, SUSTITUIR O REMOVER FUNCIONARIOS DE LA EMPRESA, ASIGNÁNDOLES SUS TÍTULOS, CARGOS. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES, FIJARLES SUELDOS, SALARIOS U OTRAS REMUNERACIONES. 12) OTORGAMIENTO DE PODERES GENERALES O ESPECIALES PARA LA REPRESENTACIÓN DE LA EMPRESA JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE. 13) RECOMENDAR A LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS LA CONSTITUCIÓN DE APARTADOS DE RESERVA ASÍ COMO SU EMPLEO. PARA LA REALIZACIÓN POR PARTE DEL REPRESENTANTE LEGAL, SU SUPLENTE O CUALQUIER OTRO FUNCIONARIO DE LA EMPRESA, CUALQUIERA DE LAS ATRIBUCIONES QUE SE HA RESERVADO LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, SE REQUERIRÁ DE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO O EMPODERAMIENTO POR PARTE DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, ESPECIFICANDO DE CUAL O CUALES DE LAS ATRIBUCIONES AQUÍ DESCRITAS SE REFIERE Y A QUIÉN O A QUIENES SE LE ESTARÁ DELEGANDO.

CERTIFICA:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE LA CORRESPONDIENTE ANOTACIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSO. LOS SÁBADOS NO SON TENIDOS EN CUENTA COMO DÍAS HÁBILES PARA LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

* * * EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE * * *
* * * FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO * * *

Rut



DIAN — Formulario del Registro Único Tributario — 001

2 Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14914609300

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900817407 — 6. DV: 6 — 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 14. Buzón electrónico: 32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona jurídica: 1 — 25. Tipo de documento — 26. Número de Identificación — 27. Fecha expedición
Lugar de expedición — 28. País — 29. Departamento — 30. Ciudad/Municipio
31. Primer apellido — 32. Segundo apellido — 33. Primer nombre — 34. Otros nombres
35. Razón social: MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
36. Nombre comercial — 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 169 — 39. Departamento: Cundinamarca 25 — 40. Ciudad/Municipio: Cajicá 126
41. Dirección principal: CL 3 10 66 AV CAVELIER
42. Correo electrónico: gerencia@saludlaboralyempresarial.com
43. Código postal — 44. Teléfono 1: 3134204936 — 45. Teléfono 2: 8837383

CLASIFICACIÓN

Actividad económica — Actividad principal: 46. Código 8691 — 47. Fecha inicio actividad: 2015/01/20 — Actividad secundaria: 48. Código 8621 — 49. Fecha inicio actividad: 2015/01/20 — Otras actividades: 50. Código 7020 — Ocupación: 51. Código — 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 9 14 48 62 55
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
07- Retención en la fuente a título de renta
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros — 54. Código

Exportadores — 55. Forma — 56. Tipo — Servicio — 57. Modo — 58. CPC

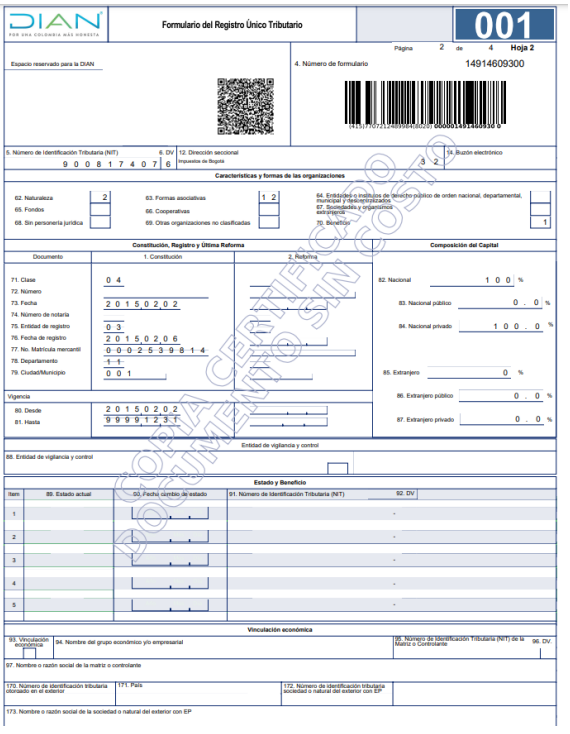
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2023 - 05 - 16 / 09 : 20 : 35

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: VENEGAS GONZALEZ MAGDA CONSUELO
985. Cargo: Representante legal Certificado



DIAN — Formulario del Registro Único Tributario — 001

Página 2 de 4 Hoja 2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14914609300

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900817407 — 6. DV: 6 — 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 14. Buzón electrónico: 32

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza: 2 — 63. Formas asociativas: 12 — 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos — 66. Cooperativas — 67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica — 69. Otras organizaciones no clasificadas — 70. Beneficio: 1

Constitución, Registro y Última Reforma — Documento — 1. Constitución — 2. Reforma

71. Clase: 04
72. Número
73. Fecha: 2015 02 02
74. Número de notaría
75. Entidad de registro: 03
76. Fecha de registro: 2015 02 06
77. No. Matrícula mercantil: 0002539814
78. Departamento: 11
79. Ciudad/Municipio: 001

Vigencia
80. Desde: 2015 02 02
81. Hasta: 9999 12 31

Composición del Capital

82. Nacional: 100 %
83. Nacional público: 0 . 0 %
84. Nacional privado: 100 . 0 %
85. Extranjero: 0 %
86. Extranjero público: 0 . 0 %
87. Extranjero privado: 0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control
88. Entidad de vigilancia y control

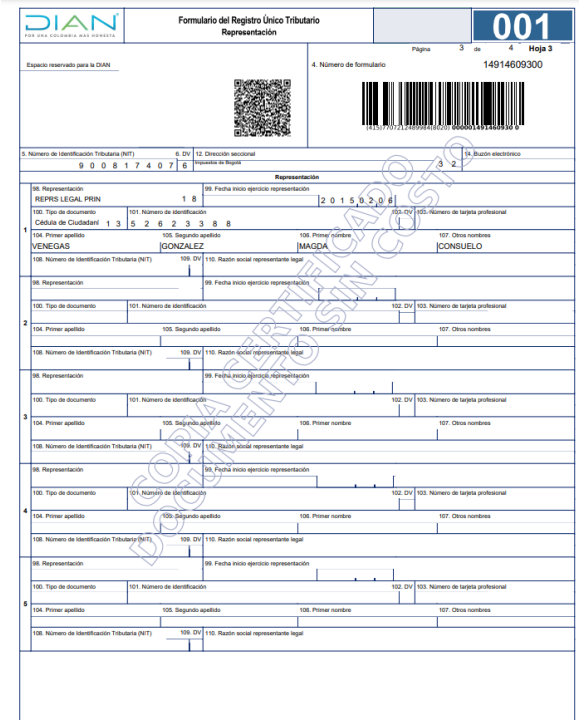
Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				
2				
3				
4				
5				

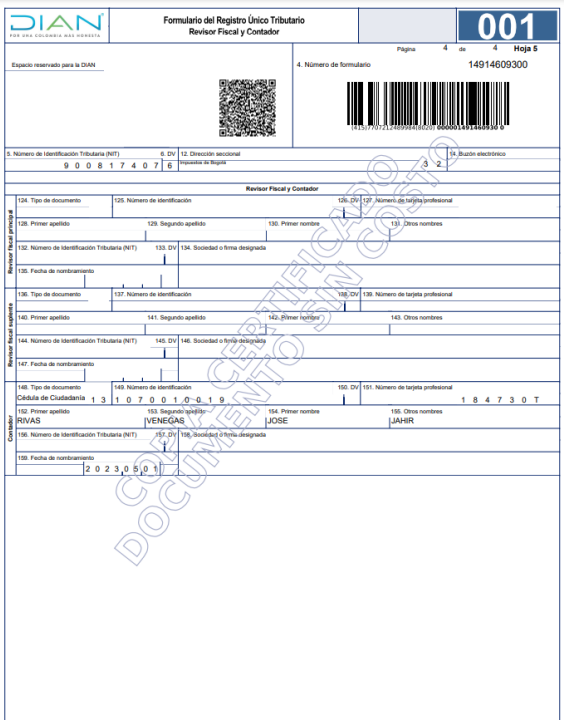
Vinculación económica

93. Vinculación económica — 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial — 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante — 96. DV
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior — 171. País — 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



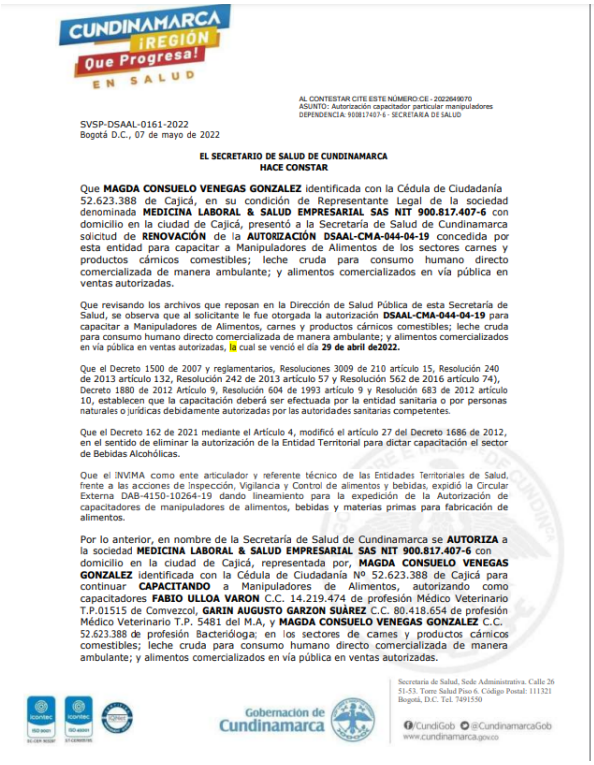
Formulario del Registro Único Tributario
Representación
001
Página 3 de 4 Hoja 3
Espacio reservado para la DIAN
4. Número de formulario 14914609300
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9008174076
6. DV 6
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá
14. Buzón electrónico 32
Representación
98. Representación REPRS LEGAL PRIN 18
99. Fecha inicio ejercicio representación 20150206
1
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13
101. Número de identificación 52623388
103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido VENEGAS
105. Segundo apellido GONZALEZ
106. Primer nombre MAGDA
107. Otros nombres CONSUELO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)
109. DV
110. Razón social representante legal
2
3
4
5



Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador
001
Página 4 de 4 Hoja 5
Espacio reservado para la DIAN
4. Número de formulario 14914609300
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9008174076
6. DV 6
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá
14. Buzón electrónico 32
Revisor Fiscal y Contador
Revisor Fiscal principal
124. Tipo de documento
125. Número de identificación
126. DV
127. Número de tarjeta profesional
128. Primer apellido
129. Segundo apellido
130. Primer nombre
131. Otros nombres
132. Número de Identificación Tributaria (NIT)
133. DV
134. Sociedad o firma designada
135. Fecha de nombramiento
Revisor Fiscal suplente
136. Tipo de documento
137. Número de identificación
138. DV
139. Número de tarjeta profesional
140. Primer apellido
141. Segundo apellido
142. Primer nombre
143. Otros nombres
144. Número de Identificación Tributaria (NIT)
145. DV
146. Sociedad o firma designada
147. Fecha de nombramiento
Contador
148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13
149. Número de identificación 1070010019
150. DV
151. Número de tarjeta profesional 184730T
152. Primer apellido RIVAS
153. Segundo apellido VENEGAS
154. Primer nombre JOSE
155. Otros nombres JAHIR
156. Número de Identificación Tributaria (NIT)
157. DV
158. Sociedad o firma designada
159. Fecha de nombramiento 20230501

ANEXO 12

22 Contar con certificación vigente de la Gobernación de Cundinamarca para realizar el curso de manipulación de alimentos.



CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

AL CONTESTAR CITE ESTE NÚMERO:CE - 2022649870
ASUNTO: Autorización capacitador particular manipuladores
DEPENDENCIA: 900817407-6 - SECRETARIA DE SALUD

SVSP-DSAAL-0161-2022
Bogotá D.C., 07 de mayo de 2022

EL SECRETARIO DE SALUD DE CUNDINAMARCA
HACE CONSTAR

Que **MAGDA CONSUELO VENEGAS GONZALEZ** identificada con la Cédula de Ciudadanía 52.623.388 de Cajicá, en su condición de Representante Legal de la sociedad denominada **MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS NIT 900.817.407-6** con domicilio en la ciudad de Cajicá, presentó a la Secretaría de Salud de Cundinamarca solicitud de **RENOVACIÓN** de la **AUTORIZACIÓN DSAAL-CMA-044-04-19** concedida por esta entidad para capacitar a Manipuladores de Alimentos de los sectores carnes y productos cárnicos comestibles; leche cruda para consumo humano directo comercializada de manera ambulante; y alimentos comercializados en vía pública en ventas autorizadas.

Que revisando los archivos que reposan en la Dirección de Salud Pública de esta Secretaría de Salud, se observa que al solicitante le fue otorgada la autorización **DSAAL-CMA-044-04-19** para capacitar a Manipuladores de Alimentos, carnes y productos cárnicos comestibles; leche cruda para consumo humano directo comercializada de manera ambulante; y alimentos comercializados en vía pública en ventas autorizadas, la cual se venció el día **29 de abril de2022.**

Que el Decreto 1500 de 2007 y reglamentarios, Resoluciones 3009 de 210 artículo 15, Resolución 240 de 2013 artículo 132, Resolución 242 de 2013 artículo 57 y Resolución 562 de 2016 artículo 74), Decreto 1880 de 2012 Artículo 9, Resolución 604 de 1993 artículo 9 y Resolución 683 de 2012 artículo 10, establecen que la capacitación deberá ser efectuada por la entidad sanitaria o por personas naturales o jurídicas debidamente autorizadas por las autoridades sanitarias competentes.

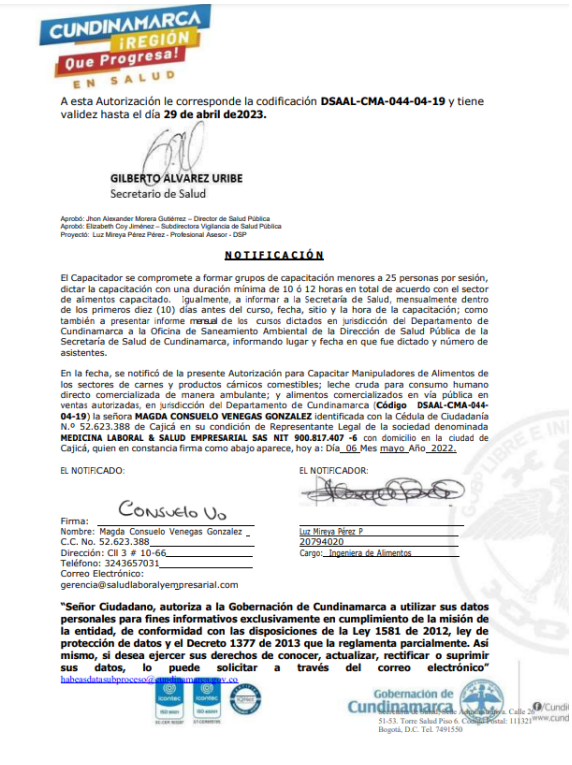
Que el Decreto 162 de 2021 mediante el Artículo 4, modificó el artículo 27 del Decreto 1686 de 2012, en el sentido de eliminar la autorización de la Entidad Territorial para dictar capacitación el sector de Bebidas Alcohólicas.

Que el INVIMA como ente articulador y referente técnico de las Entidades Territoriales de Salud, frente a las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de alimentos y bebidas, expidió la Circular Externa DAB-4150-10264-19 dando lineamiento para la expedición de la Autorización de capacitadores de manipuladores de alimentos, bebidas y materias primas para fabricación de alimentos.

Por lo anterior, en nombre de la Secretaría de Salud de Cundinamarca se **AUTORIZA** a la sociedad **MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS NIT 900.817.407-6** con domicilio en la ciudad de Cajicá, representada por, **MAGDA CONSUELO VENEGAS GONZALEZ** identificada con la Cédula de Ciudadanía Nº 52.623.388 de Cajicá para continuar **CAPACITANDO** a Manipuladores de Alimentos, autorizando como capacitadores **FABIO ULLOA VARON** C.C. 14.219.474 de profesión Médico Veterinario T.P.01515 de Comvezcol, **GARIN AUGUSTO GARZON SUÁREZ** C.C. 80.418.654 de profesión Médico Veterinario T.P. 5481 del M.A, y **MAGDA CONSUELO VENEGAS GONZALEZ** C.C. 52.623.388 de profesión Bacterióloga; en los sectores de carnes y productos cárnicos comestibles; leche cruda para consumo humano directo comercializada de manera ambulante; y alimentos comercializados en vía pública en ventas autorizadas.

Gobernación de Cundinamarca

Secretaría de Salud, Sede Administrativa. Calle 26 51-53. Torre Salud Piso 6. Código Postal: 111321 Bogotá, D.C. Tel. 7491550
/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co



CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

A esta Autorización le corresponde la codificación **DSAAL-CMA-044-04-19** y tiene validez hasta el día **29 de abril de2023.**

GILBERTO ALVAREZ URIBE
Secretario de Salud

Aprobó: Jhon Alexander Morera Gutiérrez – Director de Salud Pública
Aprobó: Elizabeth Coy Jiménez – Subdirectora Vigilancia de Salud Pública
Proyectó: Luz Mireya Pérez Perez - Profesional Asesor - DSP

NOTIFICACIÓN

El Capacitador se compromete a formar grupos de capacitación menores a 25 personas por sesión, dictar la capacitación con una duración mínima de 10 ó 12 horas en total de acuerdo con el sector de alimentos capacitado. Igualmente, a informar a la Secretaría de Salud, mensualmente dentro de los primeros diez (10) días antes del curso, fecha, sitio y la hora de la capacitación; como también a presentar informe mensual de los cursos dictados en jurisdicción del Departamento de Cundinamarca a la Oficina de Saneamiento Ambiental de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, informando lugar y fecha en que fue dictado y número de asistentes.

En la fecha, se notificó de la presente Autorización para Capacitar Manipuladores de Alimentos de los sectores de carnes y productos cárnicos comestibles; leche cruda para consumo humano directo comercializada de manera ambulante; y alimentos comercializados en vía pública en ventas autorizadas, en jurisdicción del Departamento de Cundinamarca (**Código DSAAL-CMA-044-04-19**) la señora **MAGDA CONSUELO VENEGAS GONZALEZ** identificada con la Cédula de Ciudadanía N.º 52.623.388 de Cajicá en su condición de Representante Legal de la sociedad denominada **MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS NIT 900.817.407 -6** con domicilio en la ciudad de Cajicá, quien en constancia firma como abajo aparece, hoy a: Día 06 Mes mayo Año 2022.

EL NOTIFICADO:

Firma: Consuelo Vo
Nombre: Magda Consuelo Venegas Gonzalez
C.C. No. 52.623.388
Dirección: Cll 3 # 10-66
Teléfono: 3243657031
Correo Electrónico:
gerencia@saludlaboralyempresarial.com

EL NOTIFICADOR:

Luz Mireya Pérez P
20794020
Cargo: Ingeniera de Alimentos

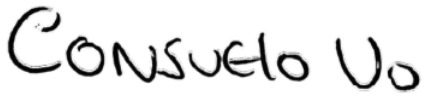
"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico" habeasdatasubproceso@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca

Secretaría de Salud, Sede Administrativa. Calle 26 51-53. Torre Salud Piso 6. Código Postal: 111321 Bogotá, D.C. Tel. 7491550
/Cundi www.cund

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

FIRMA DEL CONTRATISTA



MAGDA CONSUELO VENEGAS GONZALEZ
CC: 52623388 DE CAJICA
REPRESENTANTE LEGAL

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS	CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	09/05/2023	67581216	$1.963.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.400	0		0		0	6	1.300	0	179.700	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	116.500	0		0		0	6	900	0	117.400	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	6	1.400	0	187.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	377.600	0	0	0	0	6	2.700	0	380.300	2
231001	Colfondos	800227940-6	280.400	0	0	0	0	6	2.000	0	282.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	336.000	0	0	0	0	6	2.400	0	338.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	179.800				179.800	6	1.300	181.100			1.798	181.100	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	294.900	6	2.100	297.000	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	294.900	297.100
Pensión	4	1.179.600	1.188.100
Riesgos Laborales	1	179.800	181.100
CCF	1	294.900	297.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.949.200	1.963.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS		CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	09/05/2023	67581216	$1.963.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1070023071	GUERRERO OCHOA MARIA DE LOS ANGELES	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
2	CC	1070023241	JEJEN CASTELLANOS DIANA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
3	CC	1073603840	GOMEZ VALENCIA NYDIA VIVIANA	1	0			S																	230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	3	29.300	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
4	CC	43182100	ECHAVARRIA GARCIA ERIKA MARIA	1	0			S																	25-14	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS005	2.100.000	84.000	14-11	2.100.000	3	51.200	CCF21	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
5	CC	52623388	VENEGAS GONZALEZ MAGDA CONSUELO	1	0			S																	231001	1.752.000	280.400	0	0	0	0	EPS017	1.752.000	70.100	14-11	1.752.000	3	42.700	CCF21	1.752.000	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS	CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-05	E	13/06/2023	68437983	$1.974.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.400	0		0		0	11	2.300	0	180.700	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	116.500	0		0		0	11	1.500	0	118.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	11	2.400	0	188.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	377.600	0	0	0	0	11	4.900	0	382.500	2
231001	Colfondos	800227940-6	280.400	0	0	0	0	11	3.600	0	284.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	336.000	0	0	0	0	11	4.400	0	340.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	179.800				179.800	11	2.400	182.200			1.798	182.200	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	294.900	11	3.800	298.700	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	294.900	298.700
Pensión	4	1.179.600	1.194.900
Riesgos Laborales	1	179.800	182.200
CCF	1	294.900	298.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.949.200	1.974.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS		CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-05	E	13/06/2023	68437983	$1.974.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1070023071	GURRERO OCHOA MARIA DE LOS ANGELES	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
2	CC	1070023241	JEJEN CASTELLANOS DIANA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
3	CC	1073603840	GOMEZ VALENCIA NYDIA VIVIANA	1	0			S																	230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	3	29.300	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
4	CC	43182100	ECHAVARRIA GARCIA ERIKA MARIA	1	0			S																	25-14	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS005	2.100.000	84.000	14-11	2.100.000	3	51.200	CCF21	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
5	CC	52623388	VENEGAS GONZALEZ MAGDA CONSUELO	1	0			S																	231001	1.752.000	280.400	0	0	0	0	EPS017	1.752.000	70.100	14-11	1.752.000	3	42.700	CCF21	1.752.000	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS	CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	10/07/2023	69077819	$1.960.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.400	0		0		0	5	1.100	0	179.500	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	116.500	0		0		0	5	700	0	117.200	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	5	1.100	0	186.700	1
230301	Porvenir	800224808-8	377.600	0	0	0	0	5	2.200	0	379.800	2
231001	Colfondos	800227940-6	280.400	0	0	0	0	5	1.700	0	282.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	336.000	0	0	0	0	5	2.000	0	338.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	179.800				179.800	5	1.100	180.900			1.798	180.900	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	294.900	5	1.700	296.600	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	294.900	296.700
Pensión	4	1.179.600	1.186.600
Riesgos Laborales	1	179.800	180.900
CCF	1	294.900	296.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.949.200	1.960.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS		CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	10/07/2023	69077819	$1.960.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1070023071	GURRERO OCHOA MARIA DE LOS ANGELES	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
2	CC	43182100	ECHAVARRIA GARCIA ERIKA MARIA	1	0			S																	25-14	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS005	2.100.000	84.000	14-11	2.100.000	3	51.200	CCF21	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
3	CC	52623388	VENEGAS GONZALEZ MAGDA CONSUELO	1	0			S																	231001	1.752.000	280.400	0	0	0	0	EPS017	1.752.000	70.100	14-11	1.752.000	3	42.700	CCF21	1.752.000	70.100	0	0	0	0	0
4	CC	1070023241	JEJEN CASTELLANOS DIANA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
5	CC	1073603840	GOMEZ VALENCIA NYDIA VIVIANA	1	0			S																	230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	3	29.300	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS	CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-07	E	08/08/2023	69916437	$1.962.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.400	0		0		0	6	1.300	0	179.700	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	116.500	0		0		0	6	800	0	117.300	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	6	1.300	0	186.900	1
230301	Porvenir	800224808-8	377.600	0	0	0	0	6	2.600	0	380.200	2
231001	Colfondos	800227940-6	280.400	0	0	0	0	6	1.900	0	282.300	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	336.000	0	0	0	0	6	2.300	0	338.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	179.800				179.800	6	1.300	181.100			1.798	181.100	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	294.900	6	2.000	296.900	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	294.900	297.000
Pensión	4	1.179.600	1.187.700
Riesgos Laborales	1	179.800	181.100
CCF	1	294.900	296.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.949.200	1.962.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS		CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-07	E	08/08/2023	69916437	$1.962.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1070023071	GUERRERO OCHOA MARIA DE LOS ANGELES	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
2	CC	43182100	ECHAVARRIA GARCIA ERIKA MARIA	1	0			S																	25-14	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS005	2.100.000	84.000	14-11	2.100.000	3	51.200	CCF21	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
3	CC	52623388	VENEGAS GONZALEZ MAGDA CONSUELO	1	0			S																	231001	1.752.000	280.400	0	0	0	0	EPS017	1.752.000	70.100	14-11	1.752.000	3	42.700	CCF21	1.752.000	70.100	0	0	0	0	0
4	CC	1070023241	JEJEN CASTELLANOS DIANA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
5	CC	1073603840	GOMEZ VALENCIA NYDIA VIVIANA	1	0			S																	230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	3	29.300	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS	CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-08	E	27/09/2023	70626180	$2.229.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	196.600	0		0		0	23	5.000	0	201.600	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	132.400	0		0		0	23	3.400	0	135.800	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	204.200	0	0	0	0	23	5.200	0	209.400	1
230301	Porvenir	800224808-8	396.200	0	0	0	0	23	10.000	0	406.200	2
231001	Colfondos	800227940-6	325.200	0	0	0	0	23	8.200	0	333.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	389.800	0	0	0	0	23	9.900	0	399.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	200.500				200.500	23	5.100	205.600			2.005	205.600	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	329.000	23	8.300	337.300	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	329.000	337.400
Pensión	4	1.315.400	1.348.700
Riesgos Laborales	1	200.500	205.600
CCF	1	329.000	337.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.173.900	2.229.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS		CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-08	E	27/09/2023	70626180	$2.229.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1070023071	GURRERO OCHOA MARIA DE LOS ANGELES	1	0			S																	230201	1.276.000	204.200	0	0	0	0	EPS017	1.276.000	51.100	14-11	1.276.000	3	31.100	CCF21	1.276.000	51.100	0	0	0	0	0
2	CC	1070023241	JEJEN CASTELLANOS DIANA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.276.000	204.200	0	0	0	0	EPS005	1.276.000	51.100	14-11	1.276.000	3	31.100	CCF21	1.276.000	51.100	0	0	0	0	0
3	CC	43182100	ECHAVARRIA GARCIA ERIKA MARIA	1	0			S																	25-14	2.436.000	389.800	0	0	0	0	EPS005	2.436.000	97.500	14-11	2.436.000	3	59.400	CCF21	2.436.000	97.500	0	0	0	0	0
4	CC	52623388	VENEGAS GONZALEZ MAGDA CONSUELO	1	0			S																	231001	2.032.320	325.200	0	0	0	0	EPS017	2.032.320	81.300	14-11	2.032.320	3	49.600	CCF21	2.032.320	81.300	0	0	0	0	0
5	CC	1073603840	GOMEZ VALENCIA NYDIA VIVIANA	1	0			S																	230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	3	29.300	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS	CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-09	E	20/10/2023	71370675	$2.212.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	196.600	0		0		0	17	3.500	0	200.100	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	132.400	0		0		0	17	2.400	0	134.800	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	204.200	0	0	0	0	17	3.600	0	207.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	396.200	0	0	0	0	17	7.000	0	403.200	2
231001	Colfondos	800227940-6	325.200	0	0	0	0	17	5.800	0	331.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	389.800	0	0	0	0	17	6.900	0	396.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	200.500				200.500	17	3.600	204.100			2.005	204.100	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	329.000	17	5.800	334.800	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	329.000	334.900
Pensión	4	1.315.400	1.338.700
Riesgos Laborales	1	200.500	204.100
CCF	1	329.000	334.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.173.900	2.212.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS		CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-09	E	20/10/2023	71370675	$2.212.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1070023071	GURRERO OCHOA MARIA DE LOS ANGELES	1	0			S																	230201	1.276.000	204.200	0	0	0	0	EPS017	1.276.000	51.100	14-11	1.276.000	3	31.100	CCF21	1.276.000	51.100	0	0	0	0	0
2	CC	1070023241	JEJEN CASTELLANOS DIANA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.276.000	204.200	0	0	0	0	EPS005	1.276.000	51.100	14-11	1.276.000	3	31.100	CCF21	1.276.000	51.100	0	0	0	0	0
3	CC	43182100	ECHAVARRIA GARCIA ERIKA MARIA	1	0			S																	25-14	2.436.000	389.800	0	0	0	0	EPS005	2.436.000	97.500	14-11	2.436.000	3	59.400	CCF21	2.436.000	97.500	0	0	0	0	0
4	CC	52623388	VENEGAS GONZALEZ MAGDA CONSUELO	1	0			S																	231001	2.032.320	325.200	0	0	0	0	EPS017	2.032.320	81.300	14-11	2.032.320	3	49.600	CCF21	2.032.320	81.300	0	0	0	0	0
5	CC	1073603840	GOMEZ VALENCIA NYDIA VIVIANA	1	0			S																	230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	3	29.300	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS	CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-10	E	15/11/2023	72456937	$2.388.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	196.600	0		0		0	13	2.600	0	199.200	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	160.300	0		0		0	13	2.100	0	162.400	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	204.200	0	0	0	0	13	2.700	0	206.900	1
230301	Porvenir	800224808-8	507.600	0	0	0	0	13	6.600	0	514.200	3
231001	Colfondos	800227940-6	325.200	0	0	0	0	13	4.200	0	329.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	389.800	0	0	0	0	13	5.100	0	394.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	217.500				217.500	13	2.900	220.400			2.175	220.400	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	356.900	13	4.600	361.500	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	356.900	361.600
Pensión	4	1.426.800	1.445.400
Riesgos Laborales	1	217.500	220.400
CCF	1	356.900	361.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.358.100	2.388.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900817407-6	MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS		CAJICA CALLE 3 NRO 10-66	3134204936	labconsuelov1508@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	CAJICÁ	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-10	E	15/11/2023	72456937	$2.388.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1070023071	GURRERO OCHOA MARIA DE LOS ANGELES	1	0			S																	230201	1.276.000	204.200	0	0	0	0	EPS017	1.276.000	51.100	14-11	1.276.000	3	31.100	CCF21	1.276.000	51.100	0	0	0	0	0
2	CC	52623388	VENEGAS GONZALEZ MAGDA CONSUELO	1	0			S																	231001	2.032.320	325.200	0	0	0	0	EPS017	2.032.320	81.300	14-11	2.032.320	3	49.600	CCF21	2.032.320	81.300	0	0	0	0	0
3	CC	1070023241	JEJEN CASTELLANOS DIANA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.276.000	204.200	0	0	0	0	EPS005	1.276.000	51.100	14-11	1.276.000	3	31.100	CCF21	1.276.000	51.100	0	0	0	0	0
4	CC	1073603840	GOMEZ VALENCIA NYDIA VIVIANA	1	0			S																	230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	3	29.300	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
5	CC	1003527609	VARGAS CONGO KAREN TATIANA	1	0			S	X																230301	696.000	111.400	0	0	0	0	EPS017	696.000	27.900	14-11	696.000	3	17.000	CCF21	696.000	27.900	0	0	0	0	0
6	CC	43182100	ECHAVARRIA GARCIA ERIKA MARIA	1	0			S																	25-14	2.436.000	389.800	0	0	0	0	EPS005	2.436.000	97.500	14-11	2.436.000	3	59.400	CCF21	2.436.000	97.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información