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 SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($11.749.500,00) **por el Periodo comprendido del 26 de noviembre al 12 de diciembre 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 doce (12) días del mes de diciembre de dos mil veintitrés (2023).

Consuelo Vo

Magda Consuelo Venegas Gonzalez
CC: 52.623.388 de Cajicá

Cajicá, Diciembre 12 de 2023

FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 23
(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 26 DE NOVIEMBRE AL 12 DICIEMBRE DE 2023

CONTRATO N°: DAMC-012-2023

VALOR TOTAL: ONCE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($11.749.500,00) por el Periodo comprendido del 26 de noviembre al 12 de diciembre 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: 73049684 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.: 2/2

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)	$	11.749.500,00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	$	22.804.500,00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$	-

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

Nro de Factura o Equivalente: 02

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL		
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	$	358.200,00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	$	1.431.200,00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	$	-
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	$	358.100,00
APORTE ARP (*):	$	218.200,00

(*) 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 32 exámenes ocupacionales con las especificaciones técnicas establecidas.	Imp pant personal atendido. **Anexo 1**
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 realiza un (1) examen de ingreso y treinta y un (31) exámenes periódicos a los funcionarios de la alcaldía municipal de Tabio según especificaciones técnicas establecidas.	Certificación laboral **Anexo 2**
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 32 pacientes, 4 examen psicosensometrico, 21 electrocardiogramas, 1 espirometría, 1 con capacitación de alimentos, 32 visiometría y 8 pacientes con laboratorios.	Se adjunta relación de pacientes para cada servicio. **Anexo 3**
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 **Anexo 4**

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 **Anexo 5**
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 **Anexo 6**
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 **Anexo 7**
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

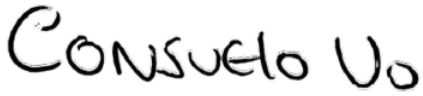
10. Apoyar las actividades del Plan de Intervención de acuerdo con las Condiciones de Salud.	Se realiza Intervención de baterías de Riesgo Psicosocial adjuntando informe y evidencia fotográfica	Se adjunta informe e imágenes **Anexo 8**
11. Mantener en custodia de Historias Clínicas realizadas a Funcionarios.	Se entrega carta donde la IPS soporta que mantendrá en custodia clínica las historias realizadas a los funcionarios.	Se anexa carta **Anexo 9**
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 **Anexo 10**
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 11**
14. Cumplir con las condiciones jurídicas, técnicas, económicas y comerciales presentadas en la OFERTA.	Rut, Cámara de comercio	Se adjuntan soportes **Anexo 12**
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.	N/A Para este periodo
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 a 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 realiza un (1) examen de ingreso y veintinueve (29) exámenes periódicos 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 recibido por parte del funcionario, a más tardar,	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

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 • El informe de los exámenes de control periódico	Finalizando se entrega el informe de condiciones de salud de la población evaluada	N/A

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 contratación de personas que ocuparán puestos vacantes	Se envía profesiograma a la señora Angela Castañeda, profesional socializa profesiograma virtualmente.	Se adjunta pantallazo de envió. **Ver Anexo 13**

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 14**
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



MAGDA CONSUELO VENEGFAS GONZAELS
CC: 52.623.388 DE CAJICA

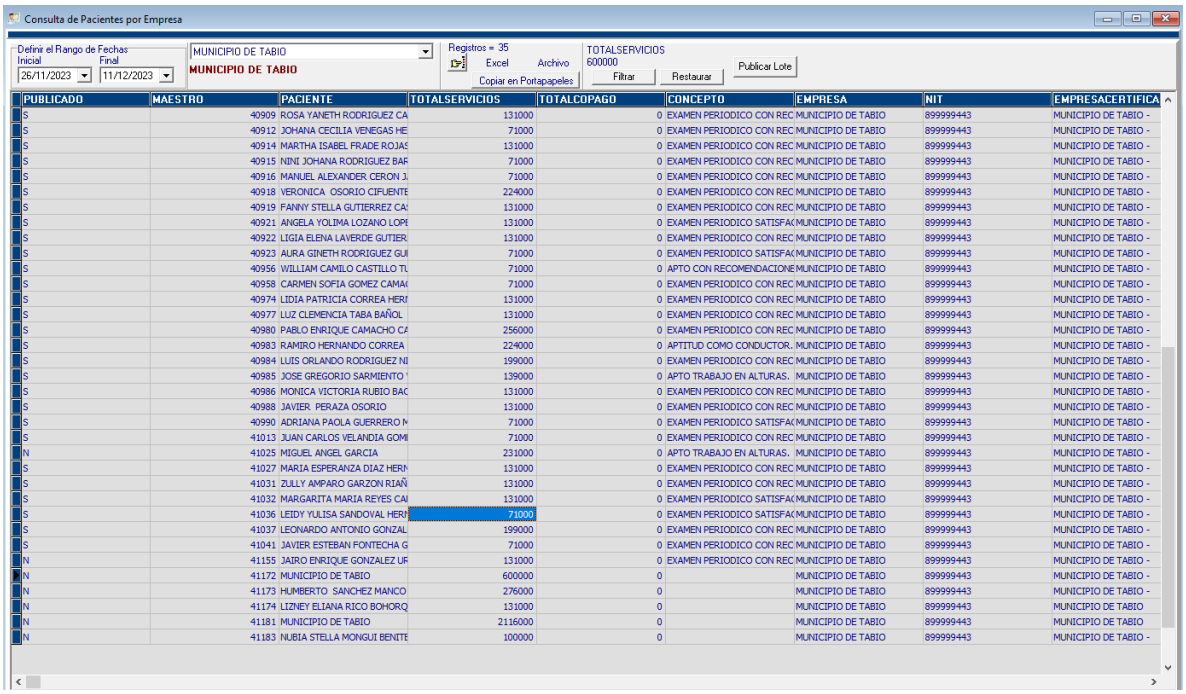
Anexos

-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
S	40909	ROSA YANETH RODRIGUEZ CA	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40912	JOHANA CECILIA VENEGAS HE	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40914	MARTHA ISABEL FRADE ROJAS	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40915	NINI JOHANA RODRIGUEZ BAR	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40916	MANUEL ALEXANDER CERON J.	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40918	VERONICA OSORIO CIFUENTE	224000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40919	FANNY STELLA GUTIERREZ CA	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40921	ANGELA YOLIMA LOZANO LOPE	131000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40922	LIGIA ELENA LAVERDE GUTIER	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40923	AURA GINETH RODRIGUEZ GUI	71000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40956	WILLIAM CAMILO CASTILLO TU	71000	0	APTO CON RECOMENDACIONE	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40958	CARMEN SOFIA GOMEZ CAMA(	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40974	LIDIA PATRICIA CORREA HERI	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40977	LUZ CLEMENCIA TABA BAÑOL	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40980	PABLO ENRIQUE CAMACHO CA	256000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40983	RAMIRO HERNANDO CORREA	224000	0	APTITUD COMO CONDUCTOR.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40984	LUIS ORLANDO RODRIGUEZ NI	199000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40985	JOSE GREGORIO SARMIENTO '	139000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40986	MONICA VICTORIA RUBIO BAC	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40988	JAVIER PERAZA OSORIO	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	40990	ADRIANA PAOLA GUERRERO M	71000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	41013	JUAN CARLOS VELANDIA GOMI	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
N	41025	MIGUEL ANGEL GARCIA	231000	0	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	41027	MARIA ESPERANZA DIAZ HERI	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	41031	ZULLY AMPARO GARZON RIAÑ	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	41032	MARGARITA MARIA REYES CAI	131000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	41036	LEIDY YULISA SANDOVAL HERI	71000	0	EXAMEN PERIODICO SATISFA(	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	41037	LEONARDO ANTONIO GONZAL	199000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
S	41041	JAVIER ESTEBAN FONTECHA G	71000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
N	41155	JAIRO ENRIQUE GONZALEZ UR	131000	0	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
N	41172	MUNICIPIO DE TABIO	600000	0		MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
N	41173	HUMBERTO SANCHEZ MANCO	276000	0		MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -
N	41174	LIZNEY ELIANA RICO BOHORQ	131000	0		MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO
N	41181	MUNICIPIO DE TABIO	2116000	0		MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO
N	41183	NUBIA STELLA MONGUI BENITE	100000	0		MUNICIPIO DE TABIO	899999443	MUNICIPIO DE TABIO -

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: 9008174O7-6
LEG 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39810115-40909

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	ROSA YANETH RODRIGUEZ CARDENAS	**Identificación:**	39810115
Género	FEMENINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3124607890
Fecha Nacimiento:	10/11/1981	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA RIO FRIO OCCIDENTAL	**Escolaridad:**	TÉCNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 81 Talla: 163 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 ALTERNAR DE OÍDO LA DIADEMA O TELÉFONO CADA MEDIA HORA Y REALIZAR PAUSAS AUDITIVAS PARA EVITAR DEFICIENCIA AUDITIVA POR EXPOSICIÓN.
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 CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	ANORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PERMENTES. 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

CIRUJANO VASCULAR PERIFERICO -VARICES GRADO III

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/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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174O7-6
LEG 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076621549-40912

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JOHANA CECILIA VENEGAS HERRERA	**Identificación:**	1076621549
Género	FEMENINO **Edad:** 34	**Teléfono**	**Móvil:** 3222877570
Fecha Nacimiento:	3/08/1989	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	TABIO VEREDA RIO FRIO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 52 Talla: 154 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 SUGIERE LUBRICACIÓN BILATERAL.
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
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANETES

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/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
Médico Cirujano
T.P. M.P.1012246 / RM
Especialista en Salud Ocupacional
LICENCIA SP. 9183 2017

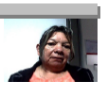
MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

JOHANA CECILIA VENEGAS HERRERA 1076621549
Firma y cédula del Paciente

1051009 262224

Médico Especialista en Salud Laboral

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174O7-6
LEG 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35518167-40914

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	MARTHA ISABEL FRADE ROJAS	**Identificación:**	35518167
Género	FEMENINO **Edad:** 60	**Teléfono**	**Móvil:** 3115520359
Fecha Nacimiento:	28/06/1963	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CRA 4 N 1-92 ESTE BARRIO SAN AGUSTIN	**Escolaridad:**	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 75 Talla: 160 IMC: 29**	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL (SOLO LA FRECUENCIA DE 8000 ESTÁ MODERADAMENTE PUERA DE LÍMITE EN OÍDO DERECHO Y LEVEMENTE 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, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	Electrocardiograma 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 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 LEVE MODERADA 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 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/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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174O7-6
LEG 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1069737956-40915

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	NINI JOHANA RODRIGUEZ BARON	**Identificación:**	1069737956
Género	FEMENINO **Edad:** 32	**Teléfono**	**Móvil:** 3133637780
Fecha Nacimiento:	28/11/1991	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	EL PORTAL TABIO	**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 58 Talla: 166 IMC: 21**	
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 RECOMENDA 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 AUDICIÓN.
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 VASCULAR PERIFERICO	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA.

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/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



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1023887787-40916

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	MANUEL ALEXANDER CERON JARA	**Identificación:**	1023887787
Género	MASCULINO **Edad:** 34	**Teléfono**	**Móvil:** 3004287895
Fecha Nacimiento:	4/09/1989	**Cargo:**	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CRA 1 N 8-45	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 60 Talla: 170 IMC: 21**	
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 CURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN, 5. SE SUGIERE LIMPIEZA OTICA OIDO DERECHO PREVIA VALORACIÓN POR ORL.
VESIOMETRIA	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 VASCULAR PERIFERICO	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PERMENENTES. 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

AUDITIVO	PPVF

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 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 se 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 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 tambien 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



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LEO 25-3246 de 2016

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 52802466-40918

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	VERONICA OSORIO CIFUENTES	**Identificación:**	52802466
Género	FEMENINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3015202816
Fecha Nacimiento:	9/04/1981	**Cargo:**	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	LA CAPELLANIA	**Escolaridad:**	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 92 Talla: 157 IMC: 37**	
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 CURRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL
VESIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION DESCANSO
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
TREGLICERIDOS	ANORMAL
GLICEMIA -GLICOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	ANORMAL
ANEXO DERMATOLOGICO (PIEL Y ANEXOS)	NORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTO TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PERMENTES. CONTROL Y SEGUIMIENTO NUTRICION,

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

RESPIRATORIO	PROGRAMA DE CONTROL TABAQUISMO-	PPVF

Información de Remisiones

NUTRICION	CONTROL Y SEGUIMIENTO-
MEDICINA GENERAL EPS	-CONTROL HIPERTENSO/CERDEMIA TG 400, CT 210, GLUCOSA 78

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39809595-40915

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	FANNY STELLA GUTIERREZ CASTRO	**Identificación:**	39809595
Género	FEMENINO **Edad:** 45	**Teléfono**	**Móvil:** 3114577529
Fecha Nacimiento:	31/07/1978	**Cargo:**	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA RIO FRIO OCCIDENTAL SEC EL ALCAPARRO	**Escolaridad:**	TÉCNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 72 Talla: 164 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 DE ACUERDO AL NIVEL.
VESIOMETRIA	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
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	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

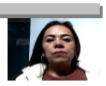
Información de Remisiones

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 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 se 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 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 tambien 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



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52704353-40921

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	ANGELA YOLIMA LOZANO LOPEZ	**Identificación:**	52704353
Género	FEMENINO **Edad:** 44	**Teléfono**	**Móvil:** 3002361543
Fecha Nacimiento:	2/09/1979	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CARRERA 3 NO 2-95	**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 58 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.
VESIOMETRIA	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, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	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 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 se 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 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 tambien 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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LEO 26-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 20983497-40922

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	LIGIA ELENA LAVERDE GUTIERREZ	**Identificación:**	20983497
Género	FEMENINO **Edad:** 62	**Teléfono**	**Móvil:** 3168770863
Fecha Nacimiento:	31/01/1961	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	DIVORCIADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 2 N 2-42	**Escolaridad:**	TÉCNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 65 Talla: 152 IMC: 28**	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE ÓIDO IZQUIERDO, AUDICIÓN FUNCIONAL ÓIDO DERECHO (LEVE: 3030 Y 4000, MODERADO: 6000, SEVERO: 8000), 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 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 VASCULAR PERIFERICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMALA
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONEA A RUIDO. USO DE LENTES 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	CONTROL HIPOACUSIA 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 examenes paraclinicos 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/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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LEO 26-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076624516-40923

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	AURA GINETH RODRIGUEZ GUERRA	**Identificación:**	1076624516
Género	FEMENINO **Edad:** 28	**Teléfono**	**Móvil:** 3118642876
Fecha Nacimiento:	19/05/1995	**Cargo:**	TECNICO (A) ADMINISTRATIVO (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	VEREDA CHICU	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 61 Talla: 164 IMC: 23**	
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
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
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	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

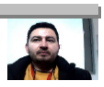
EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los examenes paraclinicos 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/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
1061009 262224
Médico Especialista en Salud Laboral

AURA GINETH RODRIGUEZ GUERRA 1076624516
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LEO 26-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1070606105-40956

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	WILLIAM CAMILO CASTILLO TULA	**Identificación:**	1070606105
Género	MASCULINO **Edad:** 36	**Teléfono**	**Móvil:**
Fecha Nacimiento:	21/10/1987	**Cargo:**	NO ESPECIFICADO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	
Dirección	TABIO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 65 Talla: 158 IMC: 26**	
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	VALORACION POR OPTOMETRIA, DISMINUCION EN VISION LEJANA
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. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: NO HALAR, LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG. USO DE LENTES CORRECTIVOS 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

CIRUGIA GENERAL	CONTROL Y SEGUIMIENTO-
OPTOMETRÍA	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 examenes paraclinicos 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/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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LEO 26-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076622063-40958

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	CARMEN SOFIA GOMEZ CAMACHO	**Identificación:**	1076622063
Género	FEMENINO **Edad:** 33	**Teléfono**	**Móvil:** 3006277801
Fecha Nacimiento:	3/08/1990	**Cargo:**	SECRETARIO (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	TABIO CENTRO	**Escolaridad:**	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 77 Talla: 161 IMC: 30**	
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 SUGIERE LIMPIEZA OTICA OIDO DERECHO.
VISIOMETRIA	DETERMINAR CORRECCION A USAR, VALORACION POR OPTOMETRIA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	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

NO

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

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los examenes paraclinicos 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/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
1061009 262224
Médico Especialista en Salud Laboral

CARMEN SOFIA GOMEZ CAMACHO 1076622063
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: 900817427-6
LEG 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39810057-40974

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	LIGIA PATRICIA CORREA HERNANDEZ	**Identificación:**	39810057
Género	FEMENINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3118047611
Fecha Nacimiento:	29/05/1981	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	VEREDA PALO VERDE SECTOR LA PRIMAVERA	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 70 Talla: 163 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, 4. SE SUGIERE LIMPIEZA OTICA BILATERAL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION PERMANENTES, LAGRIMAS ARTIFICIALES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	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 examenes paraclinicos 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/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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817427-6
LEG 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 39808519-40977

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	LUZ CLEMENCIA TABA BAÑOL	**Identificación:**	39808519
Género	FEMENINO **Edad:** 55	**Teléfono**	**Móvil:** 3154323438
Fecha Nacimiento:	10/11/1968	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	VEREDA SALITRE	**Escolaridad:**	TÉCNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 65 Talla: 163 IMC: 24**	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN PUNCIONAL BILATERAL (SÓLO LA FRECUENCIA DE 8000 ESTÁ LEVEMENTE PUESTA DE LÍMITE), 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, LAGRIMAS ARTIFICIALES
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
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	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 PROTECTORES AUDITIVOS SI SE EXPONE A RUIDO. USO DE LENTES PERMANENTES. NO HALAR, LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES DE 5 KG. ENFASIS EN PAUSAS ACTIVAS DE COLUMNA MIEMBROS SUPERIORES Y CUELLO.

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	-SS RX COLUMNA TORACOLUMBAR AP Y LATERAL
OTORRINOLARINGOLOGIA	HIPOACUSIA LEVE BILATERAL-

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

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los examenes paraclinicos 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/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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817427-6
LEG 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79794148-40980

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	PABLO ENRIQUE CAMACHO CARRILLO	**Identificación:**	79794148
Género	MASCULINO **Edad:** 45	**Teléfono**	**Móvil:** 3157658706
Fecha Nacimiento:	10/01/1978	**Cargo:**	ALCALDE
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	DIAG 7 N 1-76	**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 OÍDO DERECHO (DEFICIENCIAS LEVE 6000 Y MODERADA 8KO), AUDICIÓN NORMAL 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, 4. SE SUGIERE LIMPIEZA-LUBRICACIÓN OTICA BILATERAL.
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
PERFIL LIPEDICO	ANORMAL
GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	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 DERECHA-
MEDICINA GENERAL EPS	CONTROL HIPERLIPIDEMIA- CT 250, HDL 71, LDL 158, TG 115, GLUCOSA 01-
MEDICINA INTERNA	ELECTROCARDIOGRAMA CON BRADICARDIA SINUSAL Y BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA. HEMOGRAMA CON LEUCOS DE 3690, DIFERENCIAL NORMAL, RESTO NORMA

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

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los examenes paraclinicos 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/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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817427-6
LEG 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 11235466-40983

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	RAMIRO HERNANDO CORREA GONZALEZ	**Identificación:**	11235466
Género	MASCULINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3112478790
Fecha Nacimiento:	30/04/1981	**Cargo:**	CONDUCTOR (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	TABIO VEREDA SANTO SANTABARBARA	**Escolaridad:**	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 77 Talla: 176 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 SUGIERE LIMPIEZA OTICA BILATERAL, 5. SE RECUERDA LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR LA VENTANA IZQUIERDA DEL VEHÍCULO LO MÁS CERRADA POSIBLE PARA EVITAR DEFICIENCIAS AUDITIVAS EN OÍDO IZQUIERDO POR VIENTO Y RUIDO.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, LAGRIMAS ARTIFICIALES.
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
PERFIL LIPEDICO	ANORMAL
GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
COORDINACION MOTRIZ	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTITUD COMO CONDUCTOR.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: DISMINUIR LA INGESTA DE HARINAS PROCESADAS, PAN, BIZCOCHOS, PRODUCTOS DE PANADERIA.

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 examenes paraclinicos 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/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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174074
LEO 25-3246 de 2016

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 79428799-40984

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	LUIS ORLANDO RODRIGUEZ NIETO	**Identificación:**	79428799
Género	MASCULINO **Edad:** 56	**Teléfono**	**Móvil:** 3143057910
Fecha Nacimiento:	22/09/1967	**Cargo:**	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRA 1 N 9-30	**Escolaridad:**	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 54 Talla: 164 IMC: 20**	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS DE LEVE (3000 Y 4000) A MODERADO (4000 Y 8000) EN OÍDO IZQUIERDO Y LEVES (3000 Y 4000) EN 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 Y LAGRIMAJA ARTIFICIALES
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
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
TRIGLICERIDOS	NORMAL
TEST DE VERTIGO	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	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. USO DE LENES 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 LEVE MODERADA BILATERAL
MEDICINA INTERNA	LEUCOS 2868, NEUT 37.9%, LINFOS 38%
MEDICINA GENERAL EPS	CONTROL DISLIPIDEMIA CT 275, GLUCOSA 81%, TG 274%-

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 se 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 medico 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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174074
LEO 25-3246 de 2016

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 80406873-40985

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JOSE GREGORIO SARMIENTO VILLAMIL	**Identificación:**	80406873
Género	MASCULINO **Edad:** 48	**Teléfono**	**Móvil:** 3112249669
Fecha Nacimiento:	1/12/1975	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA LOURDES SEC EL HATO	**Escolaridad:**	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 78 Talla: 172 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, 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 AUDICIÓN, 5. SE SUGIERE LIMPIEZA OTICA CÉDO IZQUIERDO.
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
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
TRIGLICERIDOS	NORMAL
GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

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

'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 alimentarios, actividad física, descanso, clima). 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 POLÍTICA 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	CONTRO Y SEGUIMIENTO DISLIPIDEMIA CT 265, TG 159, GLUCOSA 99-

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 se 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 medico 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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174074
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 51958517-40986

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	MONICA VICTORIA RUBIO BAQUERO	**Identificación:**	51958517
Género	FEMENINO **Edad:** 54	**Teléfono**	**Móvil:** 3107654901
Fecha Nacimiento:	28/04/1969	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	SEPARADO	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA JUAICA SEC SANTUARIO CASA FINCA CANIAMO	**Escolaridad:**	TÉCNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 58 Talla: 158 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, 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 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	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: USO DE LENTES CORRETIVOS 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 se 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 medico 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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174074
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 11235666-40988

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JAVIER PERAZA OSORIO	**Identificación:**	11235666
Género	MASCULINO **Edad:** 41	**Teléfono**	**Móvil:** 3208331753
Fecha Nacimiento:	3/10/1982	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	SEPARADO	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA LOURDES	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 84 Talla: 176 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 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, 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	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENES., NO HALAR, 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

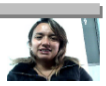
MEDICINA GENERAL EPS	HERNIA INGUINAL DERECHA-

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 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 se 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 medico 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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174O7-6
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076622918-40990

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	ADRIANA PAOLA GUERRERO MORENO	**Identificación:**	1076622918
Género	FEMENINO **Edad:** 31	**Teléfono**	**Móvil:** 3244961750
Fecha Nacimiento:	5/06/1992	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 1 N 2-19	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 50 Talla: 151 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 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 PARAMETROS NORMALES
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
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	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 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 medico 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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174O7-6
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076626523-41013

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	30/11/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JUAN CARLOS VELANDIA GOMEZ	**Identificación:**	1076626523
Género	MASCULINO **Edad:** 36	**Teléfono**	**Móvil:** 3132455415
Fecha Nacimiento:	16/04/1987	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	VEREDA GUASCA	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 77 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	SUGIERO VALORACION POR OPTOMETRIA, ACTUALIZAR SU FORMULA
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
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. CAMBIO DE FORMULA ACTUAL.

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

OPTOMETRIA — 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 lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen medico 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

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174O7-6
LEO 25-3246 de 2016

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 4097468-41025

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	1/12/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	MIGUEL ANGEL GARCIA	**Identificación:**	4097468
Género	MASCULINO **Edad:** 56	**Teléfono**	**Móvil:** 3102183078
Fecha Nacimiento:	15/08/1967	**Cargo:**	OPERARIO (A)
Estado Civil:	SEPARADO	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDA PALO VERDE SECTOR POVEDA 1	**Escolaridad:**	BACHILLER
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 67 Talla: 163 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 (DOBLE DE SER EL CASO).
VISIOMETRIA	CONTROL Y SEGUIMIENTO OPTOMETRIA
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
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
TRIGLICERIDOS	ANORMAL
GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
ANEXO ALTURAS	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL
TEST DE VERTIGO	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	Electrocardiograma Normal

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION LEJANA, NO LEVANTAR EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES DE 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

OPTOMETRÍA	CONTROL Y SEGUIMIENTO-
MÉDICINA GENERAL EPS	SS RX COLUMNA LUMBOSACRA-
MEDICINA INTERNA	CONTROL HIPERLIPIDEMIA- TG 420, CT 233, GLICEMIA 98-

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174O7-6
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 20993693-41027

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	1/12/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	MARIA ESPERANZA DIAZ HERNANDEZ	**Identificación:**	20993693
Género	FEMENINO **Edad:** 64	**Teléfono**	**Móvil:** 3197070543
Fecha Nacimiento:	21/02/1959	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CLL 6 N 3 -35	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 72 Talla: 156 IMC: 30**	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE OÍDO IZQUIERDO, AUDICIÓN FUNCIONAL OÍDO DERECHO (SÓLO LA FRECUENCIA DE 6000 ESTÁ LEVEMENTE FUERA DE LÍMITE), 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, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	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 CORRECTIVOS PERMANENTES, CAMBIO DE FORMULA ACTUAL.

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	SS CONTROL OPTOMETRIA-

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 medico 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



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174071-6
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 20362749-41031

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	1/12/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	ZULLY AMPARO GARZON RIAÑO	**Identificación:**	20362749
Género	FEMENINO **Edad:** 49	**Teléfono**	**Móvil:** 3045500267
Fecha Nacimiento:	28/11/1974	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDE PALO VERDE SECTOR LASDELICIAS	**Escolaridad:**	TÉCNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 50 Talla: 158 IMC: 20**	
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 OPTOMETRIA
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.
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	Electrocardiograma Normal
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIONI: 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

OPTOMETRÍA — 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 examenes paraclinicos 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 a 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, colorretal/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias segun el cargo a desempeñar y tambien 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 segun 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



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174071-6
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35139009-41032

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	1/12/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	MARGARITA MARIA REYES CAMARGO	**Identificación:**	35139009
Género	FEMENINO **Edad:** 41	**Teléfono**	**Móvil:** 3213733536
Fecha Nacimiento:	27/06/1982	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 1 N 4-95	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 53 Talla: 157 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.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, CUIDADO VISUAL
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 VASCULAR PERIFERICO	NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	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 examenes paraclinicos 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 a 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, colorretal/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias segun el cargo a desempeñar y tambien 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 segun 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



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174071-6
LEO 25-3246 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076626240-41036

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	1/12/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	LEIDY YULISA SANDOVAL HERNANDEZ	**Identificación:**	1076626240
Género	FEMENINO **Edad:** 25	**Teléfono**	**Móvil:** 3105570955
Fecha Nacimiento:	14/06/1998	**Cargo:**	SECRETARIA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VEREDI PALO VERDE CHICO	**Escolaridad:**	TÉCNICO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 60 Talla: 168 IMC: 21**	
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 CUIRRE A SU ALREDEDOR) PARA CONSERVAR LA AUDICIÓN.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, CUIDADO VISUAL, USO DE LENTES 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
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	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 examenes paraclinicos 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 a 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, colorretal/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias segun el cargo a desempeñar y tambien 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 segun 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



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174071-6
LEO 25-3246 de 2016

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 80405980-41037

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	1/12/2023 CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	LEONARDO ANTONIO GONZALEZ SERRANO	**Identificación:**	80405980
Género	MASCULINO **Edad:** 53	**Teléfono**	**Móvil:** 3133609902
Fecha Nacimiento:	27/02/1970	**Cargo:**	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	VEREDA JUANCA CARRON	**Escolaridad:**	PRIMARIA
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	**Peso: 88 Talla: 179 IMC: 27**	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIA MODERADA (6000) EN OÍDO DERECHO Y LEVE (4000) EN OÍDO IZQUIERDO, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. ES IMPORTANTE PROPORCIONAR E INCENTIVAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO (DOBLE PROTECCIÓN DE SER EL CASO).
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE LENTETES VISION LEJANA
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
HEMOGRAMA IV (AUTOMATIZADO)	SE REALIZO
TRIGLICERIDOS	NORMAL
GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ANORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	ANORMAL
ANEXO VASCULAR PERIFERICO	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	ElectrocarDiograma Normal
TEST DE VERTIGO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APLAZADO TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISIOIN LEJANA. NO PUEDE REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS, NO HALAR, LEVANTAR, EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG, NO REALIZAR ACTIVIDADES EN CUCLILLAS O AGACHADO, EN LO POSIBLE NO USO DE RAMPAS O ESCALERAS. RECOMENDACIONES QUE TIENE QUE GUARDAR EN DOMICILIO.

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

OPTOMETRÍA	CONTROL Y SEGUIMIENTO
MEDICINA INTERNA	INFARTO ANTIGUO DE MIOCARDIO
ORTOPEDIA	DISLOCAPATIA LUMBAR Y GONARTROSIS DERECHA-



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174O7-6
LEO 29-3246 de 2016

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076621377-41041

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	1/12/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JAVIER ESTEBAN FONTECHA GAITAN	Identificación:	1076621377
Género	MASCULINO Edad: 34	Teléfono	Móvil: 3212106730
Fecha Nacimiento:	12/02/1989	Cargo:	SECRETARIO DE DESPACHO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMFENIAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 6 N 7-20	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 103 Talla: 185 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.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, CUIDADO VISUAL, USO PROTECCION SOLAR
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 VASCULAR PERIFERICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: 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

ORTOPEDIA CONTROL Y SEGUIMIENTO

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

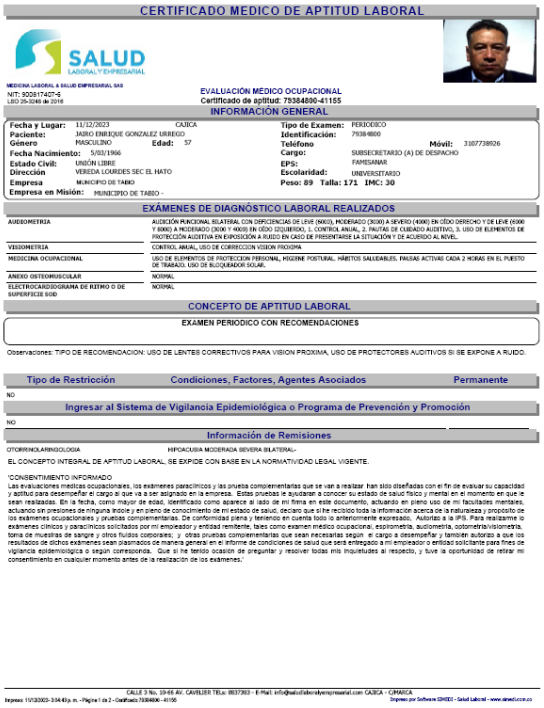
'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer 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 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 tambien 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

JAVIER ESTEBAN FONTECHA GAITAN 1076621377
Firma y cedula del Paciente

1061009 252224
Médico Especialista en Salud Laboral

CALLE 3 No. 10-66 AV. CAVELIER TELs: 8837383 - E-Mail: info@saludlaboralyempresarial.com CAJICA - CUNDINAMARCA
Impreso: 1/12/2023- 1:06:43 p. m. - Página 1 de 1 - Cedifacto: 1076621377 - 41041
Impreso por Software IDMEDI - Salud Laboral - www.simedi.com.co



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 9008174O7-6
LEO 29-3246 de 2016

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79384800-41155

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	11/12/2023 CAJICA	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JAIRO ENRIQUE GONZALEZ URREGO	Identificación:	79384800
Género	MASCULINO Edad: 57	Teléfono	Móvil: 3107738926
Fecha Nacimiento:	5/03/1966	Cargo:	SUBSECRETARIO (A) DE DESPACHO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMISANAR
Dirección	VEREDA LOURDES SEC EL HATO	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa	MUNICIPIO DE TABIO	Peso: 89 Talla: 171 IMC: 30	
Empresa en Misión:	MUNICIPIO DE TABIO -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL CON DEFICIENCIAS DE LEVE (6000), MODERADO (3000 A SEVERO (4000) EN OÍDO DERECHO Y DE LEVE (6000 Y 8000) A MODERADO (3000 Y 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, 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 9OD	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 MODERADA SEVERA BILATERAL-

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

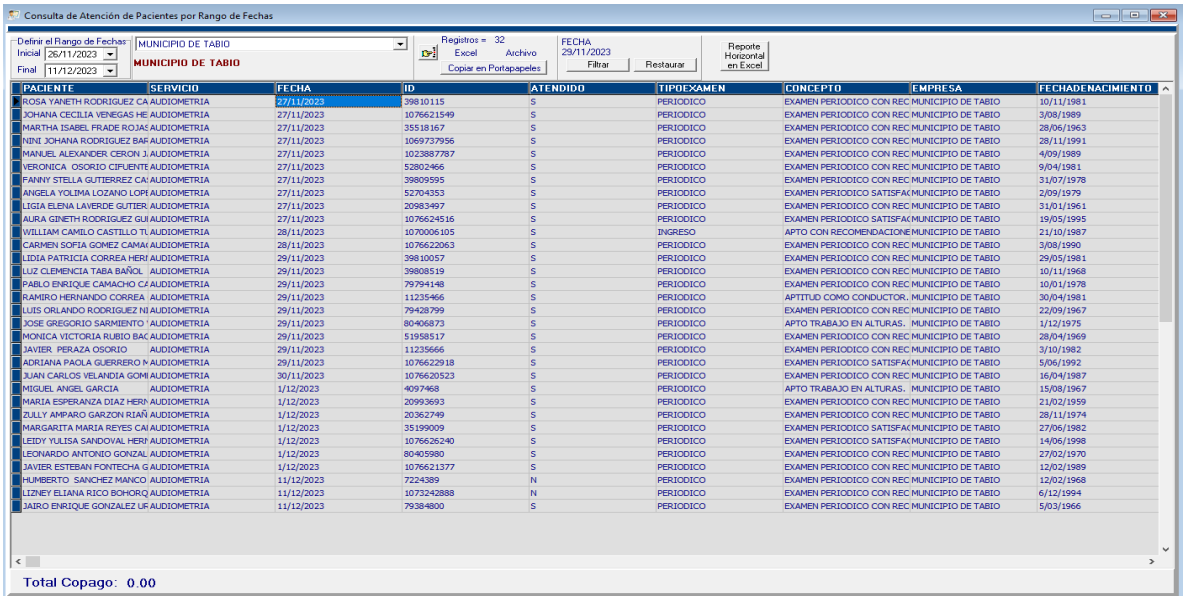
'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer 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 tambien 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 - CUNDINAMARCA
Impreso: 1/12/2023- 3:04:43 p. m. - Página 1 de 2 - Cedifacto: 79384800 - 41155
Impreso por Software IDMEDI - Salud Laboral - www.simedi.com.co

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

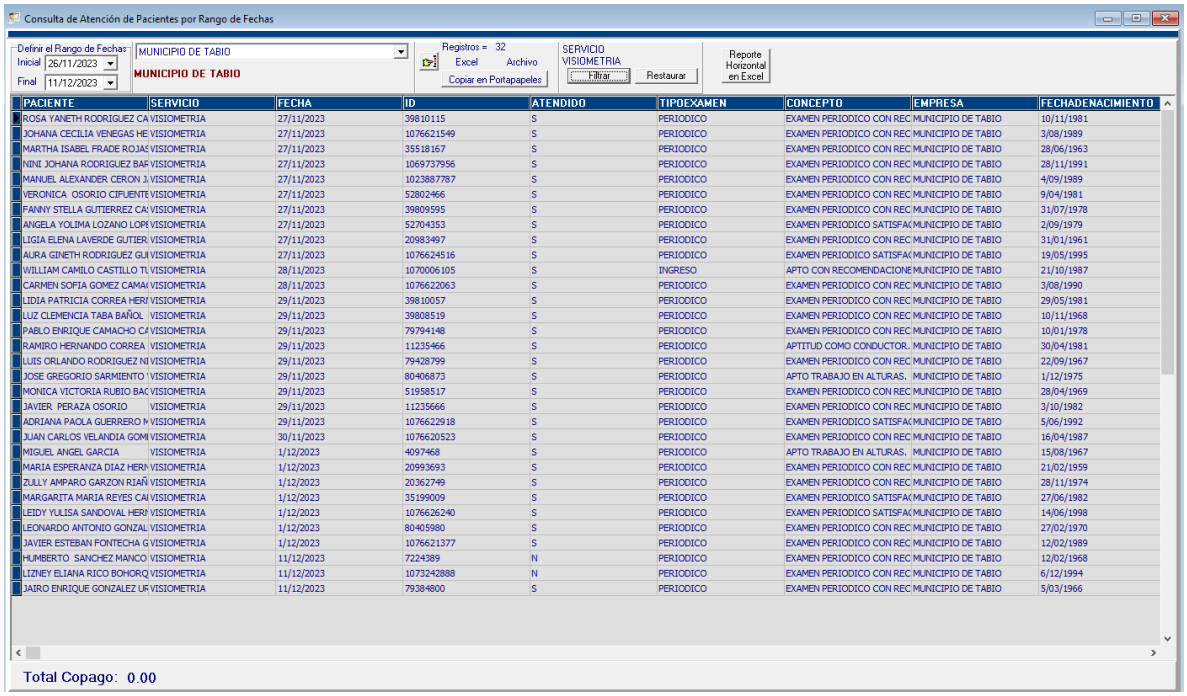
Definir el Rango de Fechas — Inicial 26/11/2023 — Final 11/12/2023
MUNICIPIO DE TABIO
MUNICIPIO DE TABIO
Registros = 32
Excel Archivo
Copiar en Portapapeles
FECHA 29/11/2023
Filtrar Restaurar
Reporte Horizontal en Excel

PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	ATENDIDO	TIPOEXAMEN	CONCEPTO	EMPRESA	FECHADENACIMIENTO
ROSA YANETH RODRIGUEZ CA	AUDIOMETRIA	27/11/2023	39810115	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/11/1981
JOHANA CECILIA VENEGAS HE	AUDIOMETRIA	27/11/2023	1076621549	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/08/1989
MARTHA ISABEL FRADE ROJAS	AUDIOMETRIA	27/11/2023	35518167	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/06/1963
NINI JOHANA RODRIGUEZ BAR	AUDIOMETRIA	27/11/2023	1069737956	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/11/1991
MANUEL ALEXANDER CERON J	AUDIOMETRIA	27/11/2023	1023887787	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	4/09/1989
VERONICA OSORIO CIFUENTE	AUDIOMETRIA	27/11/2023	52802466	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	9/04/1981
FANNY STELLA GUTIERREZ CA	AUDIOMETRIA	27/11/2023	39809595	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	31/07/1978
ANGELA YOLIMA LOZANO LOPE	AUDIOMETRIA	27/11/2023	52704353	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	2/09/1979
LIGIA ELENA LAVERDE GUTIER	AUDIOMETRIA	27/11/2023	20983497	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	31/01/1961
AURA GINETH RODRIGUEZ GUI	AUDIOMETRIA	27/11/2023	1076624516	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	19/05/1995
WILLIAM CAMILO CASTILLO TU	AUDIOMETRIA	28/11/2023	1070006105	S	INGRESO	APTO CON RECOMENDACIONE	MUNICIPIO DE TABIO	21/10/1987
CARMEN SOFIA GOMEZ CAMA	AUDIOMETRIA	28/11/2023	1076622063	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/08/1990
LIDIA PATRICIA CORREA HER	AUDIOMETRIA	29/11/2023	39810057	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/05/1981
LUZ CLEMENCIA TABA BAÑOL	AUDIOMETRIA	29/11/2023	39808519	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/11/1968
PABLO ENRIQUE CAMACHO CA	AUDIOMETRIA	29/11/2023	79794148	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/01/1978
RAMIRO HERNANDO CORREA	AUDIOMETRIA	29/11/2023	11235466	S	PERIODICO	APTITUD COMO CONDUCTOR.	MUNICIPIO DE TABIO	30/04/1981
LUIS ORLANDO RODRIGUEZ NI	AUDIOMETRIA	29/11/2023	79428799	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	22/09/1967
JOSE GREGORIO SARMIENTO	AUDIOMETRIA	29/11/2023	80406873	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	1/12/1975
MONICA VICTORIA RUBIO BAC	AUDIOMETRIA	29/11/2023	51958517	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/04/1969
JAVIER PERAZA OSORIO	AUDIOMETRIA	29/11/2023	11235666	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/10/1982
ADRIANA PAOLA GUERRERO M	AUDIOMETRIA	29/11/2023	1076622918	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	5/06/1992
JUAN CARLOS VELANDIA GOMI	AUDIOMETRIA	30/11/2023	1076620523	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	16/04/1987
MIGUEL ANGEL GARCIA	AUDIOMETRIA	1/12/2023	4097468	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	15/08/1967
MARIA ESPERANZA DIAZ HERN	AUDIOMETRIA	1/12/2023	20993693	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	21/02/1959
ZULLY AMPARO GARZON RIAÑ	AUDIOMETRIA	1/12/2023	20362749	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/11/1974
MARGARITA MARIA REYES CAI	AUDIOMETRIA	1/12/2023	35199009	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	27/06/1982
LEIDY YULISA SANDOVAL HERI	AUDIOMETRIA	1/12/2023	1076626240	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	14/06/1998
LEONARDO ANTONIO GONZAL	AUDIOMETRIA	1/12/2023	80405980	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	27/02/1970
JAVIER ESTEBAN FONTECHA G	AUDIOMETRIA	1/12/2023	1076621377	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	12/02/1989
HUMBERTO SANCHEZ MANCO	AUDIOMETRIA	11/12/2023	7224389	N	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	12/02/1968
LIZNEY ELIANA RICO BOHORQ	AUDIOMETRIA	11/12/2023	1073242888	N	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	6/12/1994
JAIRO ENRIQUE GONZALEZ UR	AUDIOMETRIA	11/12/2023	79384800	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/03/1966

Total Copago: 0.00

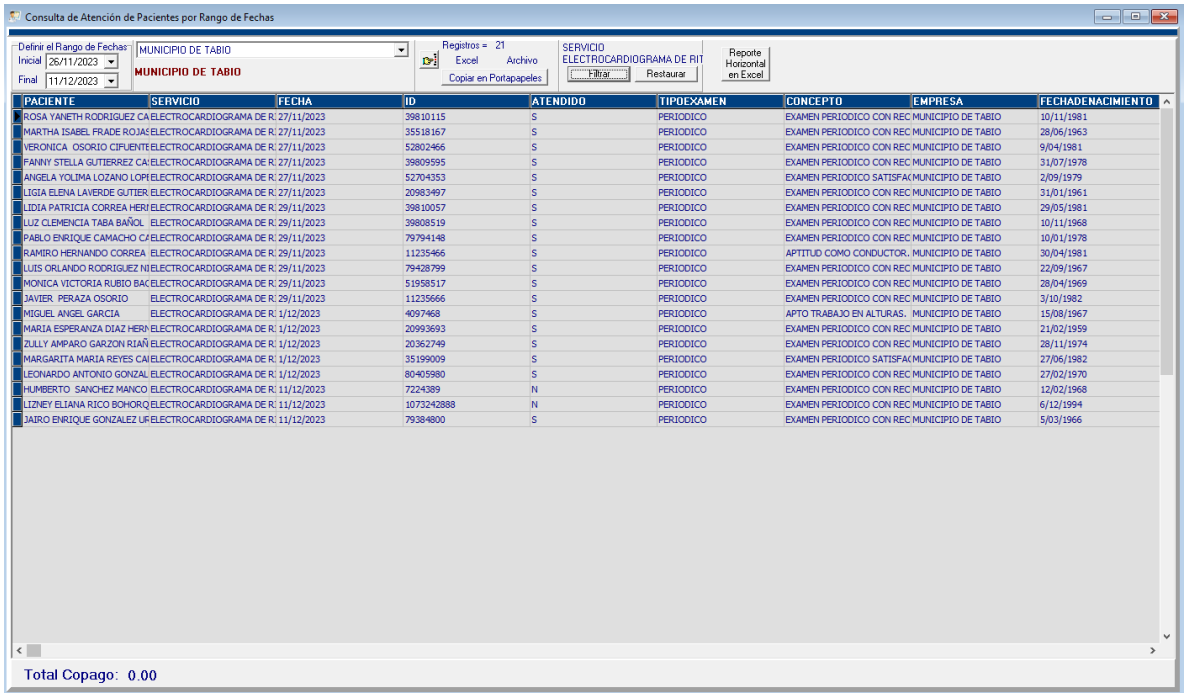
ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

VISIOMETRIA



PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	ATENDIDO	TIPOEXAMEN	CONCEPTO	EMPRESA	FECHADENACIMIENTO
ROSA YANETH RODRIGUEZ CA	VISIOMETRIA	27/11/2023	39810115	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/11/1981
JOHANA CECILIA VENEGAS HE	VISIOMETRIA	27/11/2023	1076621549	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/08/1989
MARTHA ISABEL FRADE ROJAS	VISIOMETRIA	27/11/2023	35518167	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/06/1963
NINI JOHANA RODRIGUEZ BAÑ	VISIOMETRIA	27/11/2023	1069737956	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/11/1991
MANUEL ALEXANDER CERON J	VISIOMETRIA	27/11/2023	1023887787	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	4/09/1989
VERONICA OSORIO CIFUENTE	VISIOMETRIA	27/11/2023	52802466	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	9/04/1981
FANNY STELLA GUTIERREZ CA	VISIOMETRIA	27/11/2023	39809595	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	31/07/1978
ANGELA YOLIMA LOZANO LOPE	VISIOMETRIA	27/11/2023	52704353	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	2/09/1979
LIGIA ELENA LAVERDE GUTIER	VISIOMETRIA	27/11/2023	20983497	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	31/01/1961
AURA GINETH RODRIGUEZ GUI	VISIOMETRIA	27/11/2023	1076624516	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	19/05/1995
WILLIAM CAMILO CASTILLO TI	VISIOMETRIA	28/11/2023	1070006105	S	INGRESO	APTO CON RECOMENDACIONE	MUNICIPIO DE TABIO	21/10/1987
CARMEN SOFIA GOMEZ CAMA	VISIOMETRIA	28/11/2023	1076622063	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/08/1990
LIDIA PATRICIA CORREA HER	VISIOMETRIA	29/11/2023	39810057	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/05/1981
LUZ CLEMENCIA TABA BAÑOL	VISIOMETRIA	29/11/2023	39808519	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/11/1968
PABLO ENRIQUE CAMACHO CA	VISIOMETRIA	29/11/2023	79794148	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/01/1978
RAMIRO HERNANDO CORREA	VISIOMETRIA	29/11/2023	11235466	S	PERIODICO	APTITUD COMO CONDUCTOR.	MUNICIPIO DE TABIO	30/04/1981
LUIS ORLANDO RODRIGUEZ NI	VISIOMETRIA	29/11/2023	79428799	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	22/09/1967
JOSE GREGORIO SARMIENTO '	VISIOMETRIA	29/11/2023	80406873	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	1/12/1975
MONICA VICTORIA RUBIO BAC	VISIOMETRIA	29/11/2023	51958517	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/04/1969
JAVIER PERAZA OSORIO	VISIOMETRIA	29/11/2023	11235666	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/10/1982
ADRIANA PAOLA GUERRERO M	VISIOMETRIA	29/11/2023	1076622918	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	5/06/1992
JUAN CARLOS VELANDIA GOM	VISIOMETRIA	30/11/2023	1076620523	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	16/04/1987
MIGUEL ANGEL GARCIA	VISIOMETRIA	1/12/2023	4097468	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	15/08/1967
MARIA ESPERANZA DIAZ HERN	VISIOMETRIA	1/12/2023	20993693	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	21/02/1959
ZULLY AMPARO GARZON RIAÑ	VISIOMETRIA	1/12/2023	20362749	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/11/1974
MARGARITA MARIA REYES CAI	VISIOMETRIA	1/12/2023	35199009	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	27/06/1982
LEIDY YULISA SANDOVAL HER	VISIOMETRIA	1/12/2023	1076626240	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	14/06/1998
LEONARDO ANTONIO GONZAL	VISIOMETRIA	1/12/2023	80405980	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	27/02/1970
JAVIER ESTEBAN FONTECHA G	VISIOMETRIA	1/12/2023	1076621377	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	12/02/1989
HUMBERTO SANCHEZ MANCO	VISIOMETRIA	11/12/2023	7224389	N	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	12/02/1968
LIZNEY ELIANA RICO BOHORQ	VISIOMETRIA	11/12/2023	1073242888	N	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	6/12/1994
JAIRO ENRIQUE GONZALEZ UR	VISIOMETRIA	11/12/2023	79384800	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/03/1966

ELECTROCARDIOGRAMA



PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	ATENDIDO	TIPOEXAMEN	CONCEPTO	EMPRESA	FECHADENACIMIENTO
ROSA YANETH RODRIGUEZ CA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	27/11/2023	39810115	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/11/1981
MARTHA ISABEL FRADE ROJAS	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	27/11/2023	35518167	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/06/1963
VERONICA OSORIO CIFUENTE	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	27/11/2023	52802466	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	9/04/1981
FANNY STELLA GUTIERREZ CA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	27/11/2023	39809595	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	31/07/1978
ANGELA YOLIMA LOZANO LOPE	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	27/11/2023	52704353	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	2/09/1979
LIGIA ELENA LAVERDE GUTIER	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	27/11/2023	20983497	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	31/01/1961
LIDIA PATRICIA CORREA HER	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	29/11/2023	39810057	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	29/05/1981
LUZ CLEMENCIA TABA BAÑOL	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	29/11/2023	39808519	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/11/1968
PABLO ENRIQUE CAMACHO CA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	29/11/2023	79794148	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	10/01/1978
RAMIRO HERNANDO CORREA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	29/11/2023	11235466	S	PERIODICO	APTITUD COMO CONDUCTOR.	MUNICIPIO DE TABIO	30/04/1981
LUIS ORLANDO RODRIGUEZ NI	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	29/11/2023	79428799	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	22/09/1967
MONICA VICTORIA RUBIO BAC	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	29/11/2023	51958517	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/04/1969
JAVIER PERAZA OSORIO	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	29/11/2023	11235666	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	3/10/1982
MIGUEL ANGEL GARCIA	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	1/12/2023	4097468	S	PERIODICO	APTO TRABAJO EN ALTURAS.	MUNICIPIO DE TABIO	15/08/1967
MARIA ESPERANZA DIAZ HERN	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	1/12/2023	20993693	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	21/02/1959
ZULLY AMPARO GARZON RIAÑ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	1/12/2023	20362749	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	28/11/1974
MARGARITA MARIA REYES CAI	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	1/12/2023	35199009	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO SATISFA	MUNICIPIO DE TABIO	27/06/1982
LEONARDO ANTONIO GONZAL	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	1/12/2023	80405980	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	27/02/1970
HUMBERTO SANCHEZ MANCO	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	11/12/2023	7224389	N	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	12/02/1968
LIZNEY ELIANA RICO BOHORQ	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	11/12/2023	1073242888	N	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	6/12/1994
JAIRO ENRIQUE GONZALEZ UR	ELECTROCARDIOGRAMA DE R	11/12/2023	79384800	S	PERIODICO	EXAMEN PERIODICO CON REC	MUNICIPIO DE TABIO	5/03/1966

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

ESPIROMETRIA



PSICOSENSOMETRICO



CAPACITACION MANIPULACION DE ALIMENTOS



LABORATORIOS

FECHA	PACIENTE	ID	EMPRESA	FECHADENACIMIENTO	EDAD
27/11/2023	VERONICA OSORIO CIFUENTES	52802466	MUNICIPIO DE TABIO	9/04/1981	42
29/11/2023	PABLO ENRIQUE CAMACHO CARRILLO	79794148	MUNICIPIO DE TABIO	10/01/1978	45
29/11/2023	RAMIRO HERNANDO CORREA GONZALEZ	11235466	MUNICIPIO DE TABIO	30/04/1981	42
29/11/2023	LUIS ORLANDO RODRIGUEZ NIETO	79428799	MUNICIPIO DE TABIO	22/09/1967	56
29/11/2023	JOSE GREGORIO SARMIENTO VILLAMIL	80406873	MUNICIPIO DE TABIO	1/12/1975	48
1/12/2023	MIGUEL ANGEL GARCIA	4097468	MUNICIPIO DE TABIO	15/08/1967	56
1/12/2023	LEONARDO ANTONIO GONZALEZ SERRANO	80405980	MUNICIPIO DE TABIO	27/02/1970	53
11/12/2023	HUMBERTO SANCHEZ MANCO	7224389	MUNICIPIO DE TABIO	12/02/1968	55

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

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

Fwd: 11 JORNADA Y ULTIMA TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES 2023 DE FUNCIONARIOS DE PLANTA - VIERNES 01 ...

AC Angela Castañeda <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Para comercial@saludlaboralyempresarial.com

Responder | Responder a todos | Reenviar

jueves 30/11/2023 3:01 p.

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

--------- Forwarded message ---------
De: **Angela Castañeda** <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Date: mié, 29 de nov de 2023, 12:46 p. m.
Subject: 11 JORNADA Y ULTIMA TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES 2023 DE FUNCIONARIOS DE PLANTA - VIERNES 01 DE DICIEMBRE2023
To: Alcaldía Tabio Cundinamarca <alcaldia@tabio-cundinamarca.gov.co>, Comisaría Tabio <comisaria@tabio-cundinamarca.gov.co>, Inspeccionpolicia Tabio <inspeccionpolicia@tabio-cundinamarca.gov.co>, Gobierno tabio-cundinamarca <gobierno@tabio-cundinamarca.gov.co>, infraestructura tabio-cundinamarca.gov.co <infraestructura@tabio-cundinamarca.gov.co>, secreinfraestructura secreinfraestructura <secreinfraestructura@tabio-cundinamarca.gov.co>, sdeyt @tabio-cundinamarca.gov.co <sdeyt@tabio-cundinamarca.gov.co>, Turismo Tabio <turismo@tabio-cundinamarca.gov.c
Saara tabio-cundinamarca <saara@tabio-cundinamarca.gov.co>, Secretariageneral Tabio <secretariageneral@tabio-cundinamarca.gov.co>

Deseándole éxitos en sus labores diarias y de acuerdo al Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019 se realizará la 11 JORNADA Y ÚLTIMA TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES para la vigencia actu 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.

ES LA ÚLTIMA JORNADA PARA QUE POR FAVOR ME COLABOREN YA QUE TIENEN ELECTROCARDIOGRAMA Y OTROS. NO PUEDO REPROGRAMAR.

NOMBRE FUNCIONARIO	No DE CÉDULA	AÑOS	Denominación del Empleo	Dependencia	Tipo de nombramiento	VIERNES 01 DE DICIEMBRE 2023 - PREPARACIÓN	HORA	LUGAR
DIAZ HERNANDEZ MARIA ESPERANZA	20993693	64	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	GOBIERNO SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA	Provisional	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.
GARZON RIAÑO ZULLY AMPARO	20362749	49	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GOBIERNO SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA	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.
GONZALEZ SERRANO LEONARDO ANTONIO	80405980	53	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	INFRAESTRUCTURA	Provisional	AYUNAS	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.
REYES CAMARGO MARGARITA MARIA	35199009	41	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO	Provisional	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.
GARCIA MIGUEL ANGEL	4097468	56	OPERARIO	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS	Trabajador oficial	AYUNAS	6:50 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Patmer, Cl. 3 #N# 10 – 66, Cajicá, CONDUCTOR y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.

AC Angela Castañeda <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Para comercial@saludlaboralyempresarial.com

Responder | Responder a todos | Reenviar | ...
martes 21/11/2023 5:00 p. m.

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

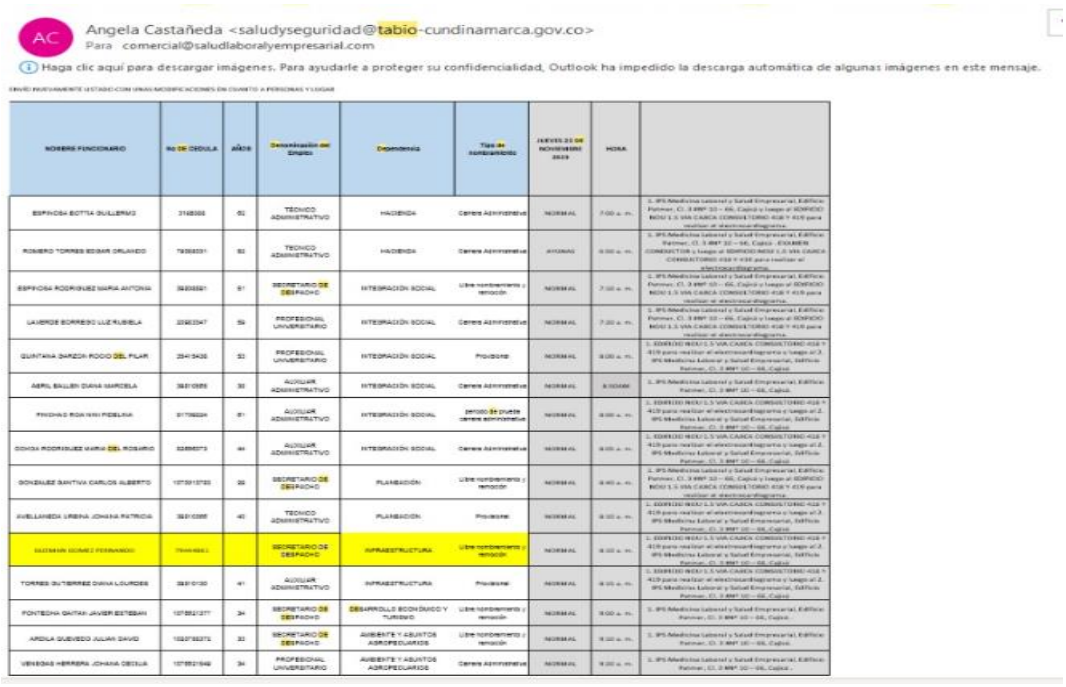
---------- Forwarded message ---------
De: **Angela Castañeda** <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Date: mar, 21 nov 2023 a las 16:57
Subject: Fwd: 4 JORNADA DE TOMA DE EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES 2023 DE FUNCIONARIOS DE PLANTA - MIERCOLES 22 DE NOVIEMBRE 2023
To: Secretariageneral Tabio <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 Bolívar <siproyectos@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 #Nº 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 #Nº 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 #Nº 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 #Nº 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 #Nº 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 #Nº 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.
GARZON 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 #Nº 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 #Nº 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 #Nº 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 #Nº 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 #Nº 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 #Nº 10 – 66, Cajicá y luego al EDIFICIO NOU 1.5 VIA CAJICA para realizar el electrocardiograma.

---------- Forwarded message ---------



Angela Castañeda <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co>
Para comercial@saludlaboralyempresarial.com

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

NOMBRE FUNCIONARIO	No DE CEDULA	AÑOS	Denominación del Empleo	Dependencia	Tipo de nombramiento	JUEVES 23 DE NOVIEMBRE 2023	HORA	
ESPINOSA BOTTIA GUILLERMO	3148366	60	TECNICO ADMINISTRATIVO	HACIENDA	Carrera Administrativa	NORMAL	7:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá y luego al SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
ROMERO TORRES EDGAR ORLANDO	79356551	60	TECNICO ADMINISTRATIVO	HACIENDA	Carrera Administrativa	AYUDAS	8:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá - EXAMEN CONDUCTOR 1 luego al SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
ESPINOSA RODRIGUEZ MARIA ANTONIA	39.830.591	61	SECRETARIO DE DESPACHO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	7:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá y luego al SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
LAVERDE SORRESO LUZ RUBIELA	23.963.947	59	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Carrera Administrativa	NORMAL	7:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá y luego al SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
QUINTANA ZAPATA ROCIO DEL PILAR	2541.3436	53	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Provisional	NORMAL	8:00 a. m.	1. SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá
ABRIL BALLEN DIANA MARCELA	39.811.909	30	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Carrera Administrativa	NORMAL	8:00 AM	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá.
PINCHAO ROA IVAN FIDELINA	51.799.024	61	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INTEGRACIÓN SOCIAL	periodo de prueba carrera administrativa	NORMAL	8:00 a. m.	1. SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá
OCHOA RODRIGUEZ MARIA DEL ROSARIO	52.856.073	44	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INTEGRACIÓN SOCIAL	Carrera Administrativa	NORMAL	8:00 a. m.	1. SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá
GONZALEZ SANTIVA CARLOS ALBERTO	1.073.513.733	28	SECRETARIO DE DESPACHO	PLANEACIÓN	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	8:40 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá y luego al SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma.
AVELLANEDA URBINA JOHANA PATRICIA	39.812.888	40	TECNICO ADMINISTRATIVO	PLANEACIÓN	Provisional	NORMAL	8:00 a. m.	1. SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá
GUZMAN GOMEZ FERNANDO	79.444.662		SECRETARIO DE DESPACHO	INFRAESTRUCTURA	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	8:00 a. m.	1. SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá
TORRES GUTIERREZ DIANA LOURDES	39.812.130	41	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INFRAESTRUCTURA	Provisional	NORMAL	8:00 a. m.	1. SIMRCIO NO2 L 5 VIA CAJICA CONSULTORIO 418 Y 419 para realizar el electrocardiograma y luego al 2. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá
FONTECHA QUITIAN JAVIER ESTEBAN	1.073.512.377	24	SECRETARIO DE DESPACHO	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	8:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá.
ARDILA GUEVEDO JULIAN DAVID	1.032.473.272	33	SECRETARIO DE DESPACHO	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS	Libre nombramiento y remoción	NORMAL	8:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 10 – 66, Cajicá.
VENEGAS HERRERA JOHANA CECILIA	1.073.512.948	24	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS	Carrera Administrativa	NORMAL	8:00 a. m.	1. IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial, Edificio Partner, Cl. 3 #9F 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	3466744			AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	SECRETARIA GENERAL Y PARTICIPACION CIUDADANA
OCAMPO CRUZ OLIVA	2075863	5/10/1966	57	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	INTEGRACIÓN SOCIAL
MONGUI BENTEZ NUBIA STELLA	40041389	22/12/1972	51	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO
RINCON JIMENEZ ERICNDA	35510257	22/04/1968	55	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	AMBIENTE Y ASUNTOS AGROPECUARIOS

ANEXO 7

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.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

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 Secretaria Distrital de Salud;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo 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 Secretaria 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



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

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 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

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Bogotá D.C. 20-01-2020
A la fecha notificado personalmente al señor (a) Manuel Alfredo Ayala
C.C # 80.911.510
Teléfono: 3112310454
Correo: [illegible]
Firma:

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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, RDA GOMEZ, Identificado(a) con CC 79722872 de BOGOTA D.C., ha solicitado la Renovación de la Licenc.a para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, otorgada mediante Resolución No. 10506 del 01/11/2007 , expedida por La Secretaria Distrital de Salud;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo 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 Secretaria 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 c.mplimiento 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
ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

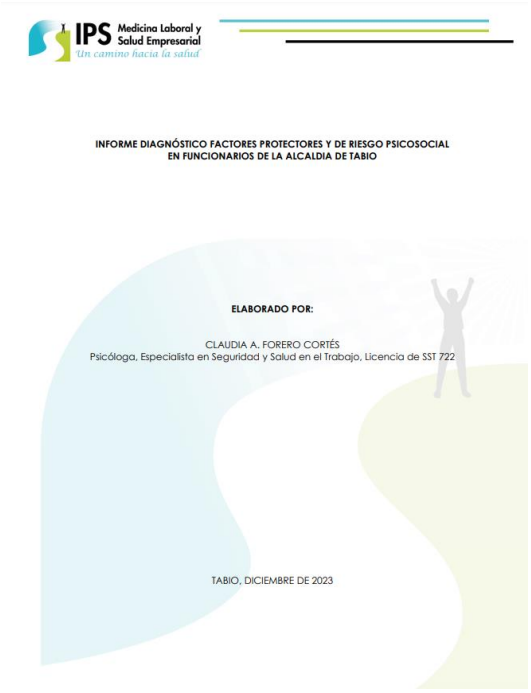
Bogotá D.C. 5/2/2018
A la fecha notificado personalmente al señor (a)
C.C # 79722872
Teléfono: 3195355748
Correo:
Firma:

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ANEXO 8

10. Apoyar las actividades del Plan de Intervención de acuerdo con las Condiciones de Salud.



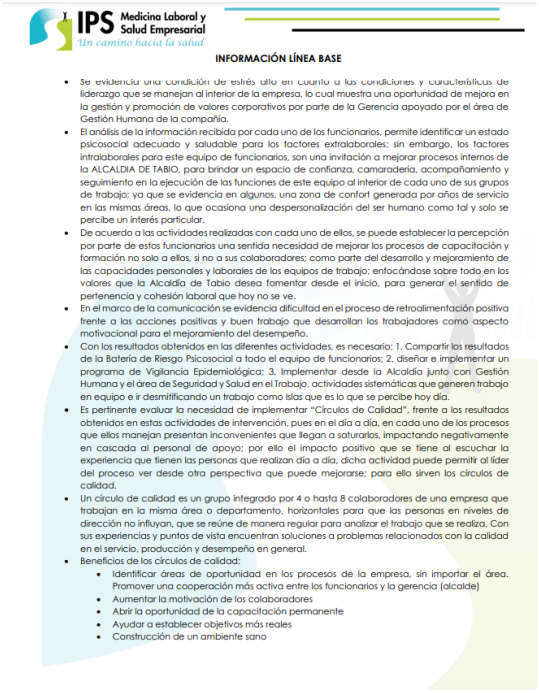
IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial
Un camino hacia la salud

INFORME DIAGNÓSTICO FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PSICOSOCIAL EN FUNCIONARIOS DE LA ALCALDIA DE TABIO

ELABORADO POR:

CLAUDIA A. FORERO CORTÉS
Psicóloga, Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Licencia de SST 722

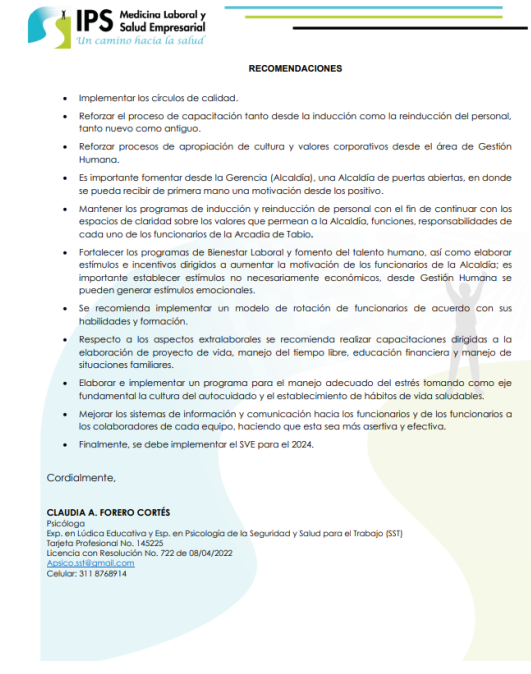
TABIO, DICIEMBRE DE 2023



IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial
Un camino hacia la salud

INFORMACIÓN LÍNEA BASE

- Se evidencia una condición de estrés alto en cuanto a las condiciones y características de liderazgo que se manejan al interior de la empresa, lo cual muestra una oportunidad de mejora en la gestión y promoción de valores corporativos por parte de la Gerencia apoyado por el área de Gestión Humana de la compañía.
- El análisis de la información recibida por cada uno de los funcionarios, permite identificar un estado psicosocial adecuado y saludable para los factores extralaborales; sin embargo, los factores intralaborales para este equipo de funcionarios, son una invitación a mejorar procesos internos de la ALCALDIA DE TABIO, para brindar un espacio de confianza, camaradería, acompañamiento y seguimiento en la ejecución de las funciones de este equipo al interior de cada uno de sus grupos de trabajo; ya que se evidencia en algunos, una zona de confort generada por años de servicio en las mismas áreas, lo que ocasiona una despersonalización del ser humano como tal y solo se percibe un interés particular.
- De acuerdo a las actividades realizadas con cada uno de ellos, se puede establecer la percepción por parte de estos funcionarios una sentida necesidad de mejorar los procesos de capacitación y formación no solo a ellos, si no a sus colaboradores; como parte del desarrollo y mejoramiento de las capacidades personales y laborales de los equipos de trabajo; enfocándose sobre todo en los valores que la Alcaldía de Tabio desea fomentar desde el inicio, para generar el sentido de pertenencia y cohesión laboral que hoy no se ve.
- En el marco de la comunicación se evidencia dificultad en el proceso de retroalimentación positiva frente a las acciones positivas y buen trabajo que desarrollan los trabajadores como aspecto motivacional para el mejoramiento del desempeño.
- Con los resultados obtenidos en las diferentes actividades, es necesario: 1. Compartir los resultados de la Batería de Riesgo Psicosocial a todo el equipo de funcionarios; 2. diseñar e implementar un programa de Vigilancia Epidemiológica; 3. Implementar desde la Alcaldía junto con Gestión Humana y el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, actividades sistemáticas que generen trabajo en equipo e ir desmitificando un trabajo como Islas que es lo que se percibe hoy día.
- Es pertinente evaluar la necesidad de implementar "Círculos de Calidad", frente a los resultados obtenidos en estas actividades de intervención, pues en el día a día, en cada uno de los procesos que ellos manejan presentan inconvenientes que llegan a saturarlos, impactando negativamente en cascada al personal de apoyo; por ello el impacto positivo que se tiene al escuchar la experiencia que tienen las personas que realizan día a día, dicha actividad puede permitir al líder del proceso ver desde otra perspectiva que puede mejorarse; para ello sirven los círculos de calidad.
- Un círculo de calidad es un grupo integrado por 4 o hasta 8 colaboradores de una empresa que trabajan en la misma área o departamento, horizontales para que las personas en niveles de dirección no influyan, que se reúne de manera regular para analizar el trabajo que se realiza. Con sus experiencias y puntos de vista encuentran soluciones a problemas relacionados con la calidad en el servicio, producción y desempeño en general.
- Beneficios de los círculos de calidad:
  - Identificar áreas de oportunidad en los procesos de la empresa, sin importar el área. Promover una cooperación más activa entre los funcionarios y la gerencia (alcalde)
  - Aumentar la motivación de los colaboradores
  - Abrir la oportunidad de la capacitación permanente
  - Ayudar a establecer objetivos más reales
  - Construcción de un ambiente sano



IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial
Un camino hacia la salud

RECOMENDACIONES

- Implementar los círculos de calidad.
- Reforzar el proceso de capacitación tanto desde la inducción como la reinducción del personal, tanto nuevo como antiguo.
- Reforzar procesos de apropiación de cultura y valores corporativos desde el área de Gestión Humana.
- Es importante fomentar desde la Gerencia (Alcaldía), una Alcaldía de puertas abiertas, en donde se pueda recibir de primera mano una motivación desde los positivo.
- Mantener los programas de inducción y reinducción de personal con el fin de continuar con los espacios de claridad sobre los valores que permean a la Alcaldía, funciones, responsabilidades de cada uno de los funcionarios de la Arcadia de Tabio.
- Fortalecer los programas de Bienestar Laboral y fomento del talento humano, así como elaborar estímulos e incentivos dirigidos a aumentar la motivación de los funcionarios de la Alcaldía; es importante establecer estímulos no necesariamente económicos, desde Gestión Humana se pueden generar estímulos emocionales.
- Se recomienda implementar un modelo de rotación de funcionarios de acuerdo con sus habilidades y formación.
- Respecto a los aspectos extralaborales se recomienda realizar capacitaciones dirigidas a la elaboración de proyecto de vida, manejo del tiempo libre, educación financiera y manejo de situaciones familiares.
- Elaborar e implementar un programa para el manejo adecuado del estrés tomando como eje fundamental la cultura del autocuidado y el establecimiento de hábitos de vida saludables.
- Mejorar los sistemas de información y comunicación hacia los funcionarios y de los funcionarios a los colaboradores de cada equipo, haciendo que esta sea más asertiva y efectiva.
- Finalmente, se debe implementar el SVE para el 2024.

Cordialmente,

CLAUDIA A. FORERO CORTÉS
Psicóloga
Esp. en Lúdica Educativa y Esp. en Psicología de la Seguridad y Salud para el Trabajo (SST)
Tarjeta Profesional No. 145225
Licencia con Resolución No. 722 de 08/04/2022
Apsico.sst@gmail.com
Celular: 311 8768914



IPS Medicina Laboral y Salud Empresarial
Un camino hacia la salud

EVIDENCIA



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
		Versión	001
		Revisión	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.

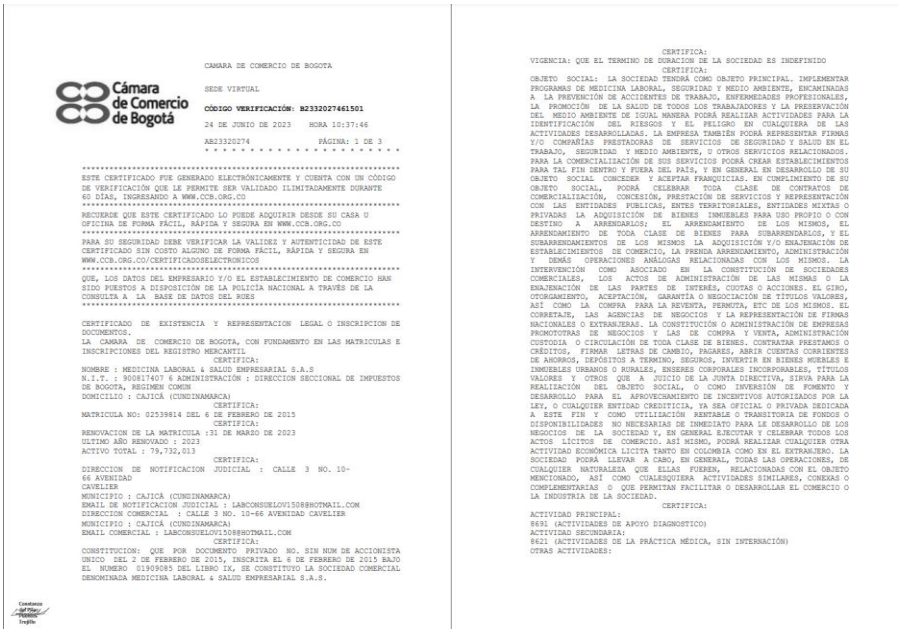
Consuelo Vo
Magda Consuelo Vengas González
52.623.388 de Cajicá
Gerente

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.

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 TAMBIÉN 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 PROMOTORAS 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:
8421 (ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN)
OTRAS ACTIVIDADES:

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2332027461501

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

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2332027461501

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, AGENDAS 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.

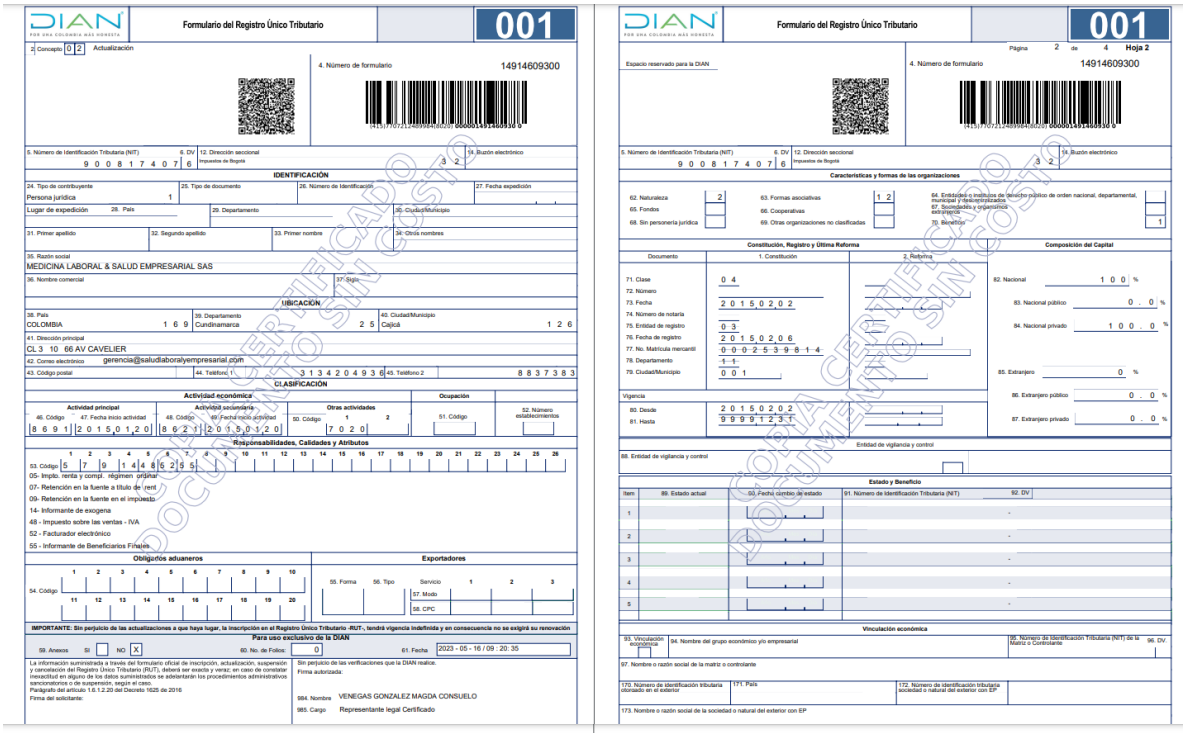
CERTIFICA:

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 * * *

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TABIO CUNDINAMARCA
INFORME DE ACTIVIDADES

Rut



DIAN — Formulario del Registro Único Tributario — 001

2 Concepto: 02 Actualización — 4. Número de formulario: 14914609300

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9008174076 — 6. DV: 6 — 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 13. 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		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8691	2015/01/20	8621	2015/01/20	7020			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 9 14 48 62 55

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficarios Finales

Obligados aduaneros — 54. Código

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos — SI: [ ] NO: [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2023 - 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 1.6.1.2.28 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): 9008174076 — 6. DV: 6 — 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 13. 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 %

88. Entidad de vigilancia y control — 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

DIAN — 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 — 13. Buzón electrónico: 32

Representación

1
98. Representación: REPRS LEGAL PRIN 18 — 99. Fecha inicio ejercicio representación: 2015/02/06
100. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 13 — 101. Número de identificación: 52623388 — 102. DV — 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
98. Representación — 99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento — 101. Número de identificación — 102. DV — 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido — 105. Segundo apellido — 106. Primer nombre — 107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT) — 109. DV — 110. Razón social representante legal

3
98. Representación — 99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento — 101. Número de identificación — 102. DV — 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido — 105. Segundo apellido — 106. Primer nombre — 107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT) — 109. DV — 110. Razón social representante legal

4
98. Representación — 99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento — 101. Número de identificación — 102. DV — 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido — 105. Segundo apellido — 106. Primer nombre — 107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT) — 109. DV — 110. Razón social representante legal

5
98. Representación — 99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento — 101. Número de identificación — 102. DV — 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido — 105. Segundo apellido — 106. Primer nombre — 107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT) — 109. DV — 110. Razón social representante legal

DIAN — 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 — 13. 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: 1070001019 — 150. DV: 1 — 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: 2023/05/01

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ANEXO 12

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 contratación de personas que ocuparán puestos vacantes



Re: ACTUALIZACIÓN PROFESIOGRAMA 2023 - ALCALDIA DE TABIO

MA MAURICIO ACERO <dirmauricioacero@gmail.com>
Para Angela Castañeda
CC comercial@saludlaboralyempresarial.com

Responder | Responder a todos | Reenviar | ...
lunes 4/12/2023 12:01 p. m.

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.
Haga clic aquí para descargar imágenes. Para ayudarle a proteger su confidencialidad, Outlook ha impedido la descarga automática de algunas imágenes en este mensaje.

PROFESIOGRAMA ALCALDIA DE TABIO 2023.xlsx
318 KB

Saludo Angela

En atención al encuentro virtual del día de hoy, comparto versión 2023 del documento. Quedariamos pendientes de socializar la Lista de Chequeo de Salud de la cual conversamos durante la reunión y que ya te hicimos llegar desde el área comercial. El compromiso de mi parte, según lo conversado, es que tengamos la revisión antes del 20 de diciembre.

Att

On Wed, Nov 29, 2023 at 4:43 PM Angela Castañeda <saludyseguridad@tabio-cundinamarca.gov.co> wrote:
Cordial saludo.

Envío profesiograma 2022 para actualización 2023.

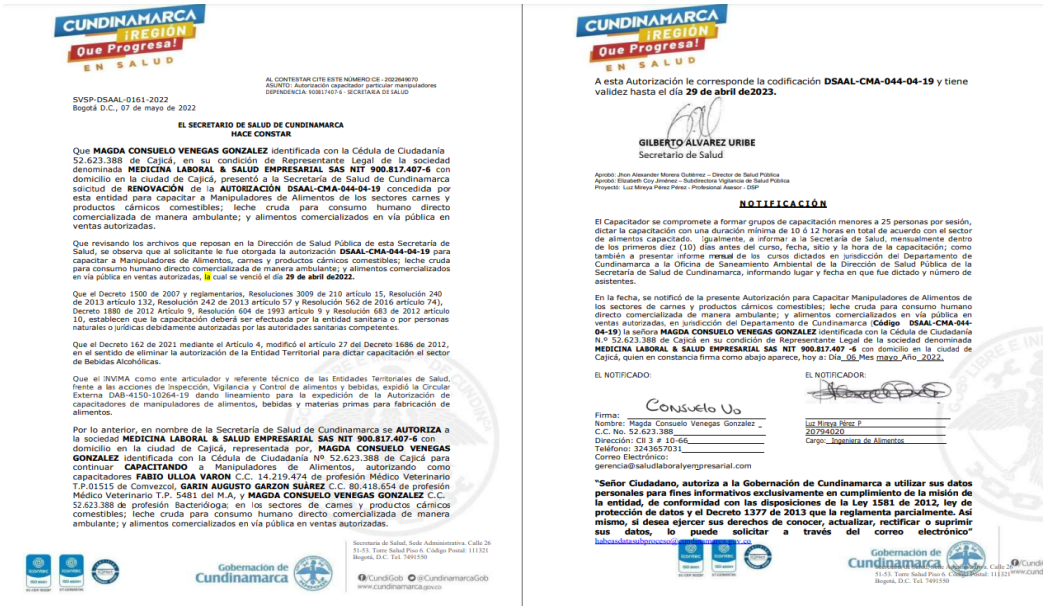
Quedo atenta.

Cordialmente,

Haga clic aquí con el botón derecho o mantenga pulsado para descargar imágenes. Para ayudar a proteger la confidencialidad, Outlook evitó la descarga automática de esta imagen de Internet.

ANEXO 13

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 - 2022649070
ASUNTO: Autorización capacitador particular manipuladores
DEPENDENCIA: 930817474 - SECRETARÍA 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 cárnes 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 el 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 SUAREZ** 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 Pérez - 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 Ve
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:

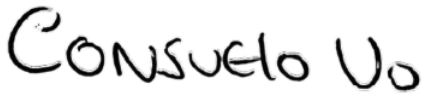
Luz Mireya Pérez P
20794020
Cargo: Ingeniera de Alimentos

"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"
lubosalaboralyempresarial@gmail.com

Gobernación de Cundinamarca

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
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	07/12/2023	73049684	$2.365.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	17.100	0		0		0	3	100	0	17.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	196.600	0		0		0	3	600	0	197.200	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	143.300	0		0		0	3	500	0	143.800	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	3	600	0	204.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	507.700	0	0	0	0	3	1.500	0	509.200	4
231001	Colfondos	800227940-6	325.200	0	0	0	0	3	1.000	0	326.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	389.800	0	0	0	0	3	1.200	0	391.000	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	217.500				217.500	3	700	218.200			2.175	218.200	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	357.000	3	1.100	358.100	7

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	3	357.000	358.200
Pensión	4	1.426.900	1.431.200
Riesgos Laborales	1	217.500	218.200
CCF	1	357.000	358.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	2.358.400	2.365.700

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
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	07/12/2023	73049684	$2.365.700	

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	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	1070005417	TRUJILLO RODRIGUEZ ANA ADELA	1	0			S	X																230301	425.334	68.100	0	0	0	0	EPS002	425.334	17.100	14-11	425.334	3	10.400	CCF21	425.334	17.100	0	0	0	0	0
2	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
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	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
5	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
6	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
7	CC	1003527609	VARGAS CONGO KAREN TATIANA	1	0			S	X																230301	270.667	43.400	0	0	0	0	EPS017	270.667	10.900	14-11	270.667	3	6.600	CCF21	270.667	10.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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