Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 08:26:44 a.m.
Apellido: VESGA DUARTE **Nombre:** CARLOS ANDRES
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 82393485
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: TECNICO
Direccion: CALLE 254 34B-02 T 12 APTO 402
Telefono: **Celular:** 3142383833 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Cundinamarca - Fusagasugá

HC: # 61244
Edad: 45 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 12/Ago/1978
Rh: O+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO NO SATISFACTORIO

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTE CRONICO EN SU EPS.
*USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO/SE SUGIERE CONTROL ANUAL SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA/REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILO/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.
*SE SUGIERE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE AUDIOLOGÍA CLÍNICA POR LA EPS.
*SOLICITAR VALORACION POR OPTOMETRIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

CARLOS ANDRES VESGA DUARTE
CC 82393485

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 08:02:11 a.m.
Apellido: VILLEGAS HERNANDEZ **Nombre:** CRIHSTIAN CAMILO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 11257919
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: CONTRALOR
Direccion: DIAGONAL 15 Â·14B -35
Telefono: **Celular:** 3142616300 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Cundinamarca - Fusagasugá

HC: # 61239
Edad: 41 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 09/Abr/1982
Rh: O+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/DEBE USAR CORRECCION PARA VISION PROXIMA, CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
*SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA,CONTROL ANUAL, CONTINUAR CON HIGIENE AUDITIVA/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

CRIHSTIAN CAMILO VILLEGAS HERNANDEZ
CC 11257919

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 07:46:58 a.m.
Apellido: ALFEREZ ARCHILA **Nombre:** EDGAR IVAN
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1030570590
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Direccion: CALLE 55 #86-05
Telefono: **Celular:** 3208459075 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota D.C. - Bosa

HC: # 61234
Edad: 33 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 14/Mar/1990
Rh: B+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

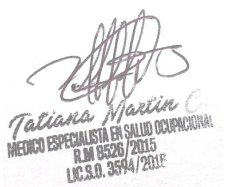
Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA, CONTROL ANUAL,CONTINUAR CON HIGIENE AUDITIVA/REALIZAR A CTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
*SE SUGIERE CONTINUAR CON HIGIENE AUDITIVA Y CONTROL EN 1 AÑO/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.
*SE SUGIERE VALORACION POR MEDICINA GENERAL .

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015



EDGAR IVAN ALFEREZ ARCHILA
CC 1030570590



Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 07:50:54 a.m.
Apellido: ESPINOSA MOYA **Nombre:** EDGAR ORLANDO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 82390490
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: SUBCONTRALOR
Direccion: CARRERA 6 Â· 23B -02
Telefono: **Celular:** 3164285792 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Cundinamarca - Fusagasugá

HC: # 61235
Edad: 48 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 06/Sep/1975
Rh: O+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA, CONTROL ANUAL, EXTRACCION DE CERUMEN BILATERAL POR LA EPS/REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

EDGAR ORLANDO ESPINOSA MOYA
CC 82390490

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 09:18:41 a.m.
Apellido: PARRA ZAMUDIO **Nombre:** EDUARDO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 79206927
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: TECNICO
Direccion: CALLE 18 Â·11B-14
Telefono: **Celular:** 3208524657 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Soacha- cundinamarca

HC: # 61249
Edad: 54 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 09/Jul/1969
Rh: AB+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RESTRICCIÓN

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/CONTROL ANUAL,SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA/DEBE USAR CORRECCION PARA VISION PROXIMA, CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

EDUARDO PARRA ZAMUDIO
CC 79206927

Huella
Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 07:45:04 a.m.
Apellido: VELANDIA AREVALO **Nombre:** JHEMIRZON ALBERTO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 82394125
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: DIRECTOR
Direccion: CALLE 9 Â·1-31 CASA 11
Telefono: **Celular:** 3162388161 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Cundinamarca - Fusagasugá

HC: # 61233
Edad: 44 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 05/Mar/1979
Rh: AB-

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*SE SUGIERE CONTROL ANUAL, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE AUDIOLOGÍA CLÍNICA POR LA EPS,DEBE EVITAR EL USO DE AUDIFONOS Y PERMANECER EN ESPACIOS CERRADOS CON EXPOSICION A RUIDO/REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

JHEMIRZON ALBERTO VELANDIA AREVALO
CC 82394125

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 07:52:59 a.m.
Apellido: BLANCO GOMEZ **Nombre:** JHON ALEXANDER
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 79215595
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Direccion: CLL 18 # 9 40
Telefono: **Celular:** 3177394215 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Soacha- cundinamarca

HC: # 61237
Edad: 43 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 01/Ene/1980
Rh: O+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL
EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/DEBE USAR CORRECCION PARA VISION PROXIMA, CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*SE SUGIERE CONTROL ANUAL, EXTRACCION DE CERUMEN EN OI,CONTINUAR CON HIGIENE AUDITIVA/REALIZAR A CTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.
*SE SUGIERE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE AUDIOLOGÍA CLÍNICA POR LA EPS.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

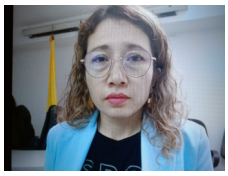
Tatiana Martin C.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 8526/2015
LIC.S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

JHON ALEXANDER BLANCO GOMEZ
CC 79215595

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 08:05:46 a.m.
Apellido: CRIATIANO CRISTIANO **Nombre:** KAREN MILENA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1012327869
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Direccion: CALLE 64 I Â·71B-21
Telefono: **Celular:** 3188440048 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.C. - Engativa

HC: # 61240
Edad: 37 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 07/Oct/1986
Rh: B+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
CONTINUAR MANEJO MEDICO
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA,CONTROL ANUAL, EXTRACCION DE CERUMEN EN OI POR LA EPS.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
RECOMENDACIONES PARA SU CARGO :-NO DESPLAZARSE POR SUPERFICIES IRREGULARES/INCLINADO/CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO POR MEDICO TRATANTE EN SU EPS.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

KAREN MILENA CRIATIANO CRISTIANO
CC 1012327869

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 08:19:44 a.m.
Apellido: RINCON CHIA **Nombre:** LEILA MARLEN
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39669192
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: DIRECTORA FINANCIERA
Direccion: TRANSV 70D BIS A Â·68-75 SUR T2 APT3005
Telefono: **Celular:** 3124538668 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota D.C. - Ciudad Bolívar

HC: # 61241
Edad: 50 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 06/Ene/1973
Rh: A+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA,CONTROL ANUAL, CONTINUAR CON HIGIENE AUDITIVA/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

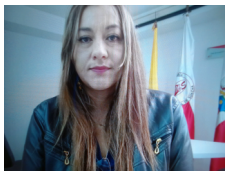


LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

LEILA MARLEN RINCON CHIA
CC 39669192

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 09:26:16 a.m.
Apellido: BARBOSA CARRANZA **Nombre:** LUZ ANGELA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52890811
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: TECNICO OPERATIVO
Direccion: CALLE 49 A SUR Â·36-60
Telefono: **Celular:** 3012689558 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Bogota D.C. - Tunjuelito

HC: # 61252
Edad: 42 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 08/Mar/1981
Rh: O-

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA, CONTROL ANUAL,CONTINUAR CON HIGIENE AUDITIVA/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

LUZ ANGELA BARBOSA CARRANZA
CC 52890811

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 08:23:07 a.m.
Apellido: ORDOÑEZ ESCOBAR **Nombre:** LUZ ANGELA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 35254772
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: DIRECTOR DE CONTROL FISCAL
Direccion: CARRERA 16 A Â·17-25
Telefono: **Celular:** 3214911899 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Cundinamarca - Fusagasugá

HC: # 61242
Edad: 40 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 29/Jul/1983
Rh: A+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR A CTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
*USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO/SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA, CONTROL ANUAL, CONTINUAR CON HIGIENE AUDITIVA/PROFILAXIS CITOLOGICA/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

LUZ ANGELA ORDOÑEZ ESCOBAR
CC 35254772

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 08:29:52 a.m.
Apellido: MARTINEZ LOPEZ **Nombre:** MARIA CLARA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39551278
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: TECNICO DE LA DIRECCION DE RESPONSABILIDAD FISCAL
Direccion: CARRERA 12 AÂ·26-54
Telefono: **Celular:** 3178401103 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Soacha- cundinamarca

HC: # 61245
Edad: 66 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 23/Ago/1957
Rh: A+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO NO SATISFACTORIO

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTE CRONICO EN SU EPS.
*SE SUGIERE CONTROL ANUAL,EXTRACCION DE CERUMEN EN OI,EVITA EL USO EXCESIVO DE AUDIFONOS/REALIZAR ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS) SE RECOMIENDA VALORACION POR NUTRICION Y DIETICA POR EPS/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.
*SE SUGIERE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE AUDIOLOGÍA CLÍNICA POR LA EPS.
*SOLICITAR VALORACION POR OPTOMETRIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

MARIA CLARA MARTINEZ LOPEZ
CC 39551278

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
PERIODICO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 15/Dic/2023, **Hora:** 08:38:53 a.m.
Apellido: CASTIBLANCO CUBIDES **Nombre:** RAUL
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 79212641
Empresa: CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA
Cargo: TECNICO OPERATIVO
Direccion: CARRERA 5 BIS Â·10-67
Telefono: **Celular:** 3123046458 **Email:** **Estado Civil:** Separado
Ciudad: Soacha- cundinamarca

HC: # 61246
Edad: 47 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 28/Dic/1976
Rh: O+

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, Electrocardiograma, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

PERIÓDICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA,CONTROL ANUAL/DEBE USAR CORRECCION PARA VISION PROXIMA, CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS) SE RECOMIENDA VALORACION POR NUTRICION Y DIETICA POR EPS.
*EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLOS/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**



LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

RAUL CASTIBLANCO CUBIDES
CC 79212641

Huella Digital