REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.053.815.376**

MARIN LOPEZ

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ENE-1992**

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-ENE-2010 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0900100-00211670-F-1053815376-20100130 0020475637A 1 33390518

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14972624484

(415)7707212489984(8020) 000001497262448 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 8 1 5 3 7 6	6	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 3 8 1 5 3 7 6	2 0 1 0 0 1 0 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARIN	LOPEZ	ANA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal: CL 61 B 32 C 36

42. Correo electrónico: anama0292@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 9 0 9 3 5 3	3 1 2 2 0 3 0 2 9 6

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
8 2 1 1	2 0 1 1 0 7 0 1	8 5 4 1	2 0 2 4 0 1 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 15 / 21 : 26: 19

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARIN LOPEZ ANA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ANA MARIN LOPEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.053.815.376 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 428665483, abierta/o desde el 17/12/2020.

Se expide en Bogotá el día 20 del mes de Enero del año 2024



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora ANA MARIA MARIN LOPEZ identificada con Cédula de Ciudadanía 1053815376, se inscribió en nuestro servicio el día 20/03/2020.

El presente certificado se genera el día 15/01/2024, por solicitud del interesado.

Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.

Banco de Instructores

Invitación pública BanIn SENA 2024

Perfil Seleccionado

INTERACCION EN INGLES 1

Consultar ayuda

Resumen de inscripción banco de instructores: Invitación pública BanIn SENA 2024

Importante: Si desea ingresar a la funcionalidad en la que puede aceptar o rechazar una oferta de preselección (en caso de que algún Centro de Formación le haya enviado) debe ingresar al resumen de su inscripción.

Histórico de estados de preselección

Buscar:

Fecha registro acción	Estado	Centro	Observación	Respuesta
2024/01/11 15:05:05	Seleccionado	No Aplica		
2024/01/11 15:03:54	En Proceso de preselección	Antioquia - Itagüí - Centro del Diseño y Manufactura del Cuero		
2023/12/22 09:43:02	Si cumple	Antioquia - Itagüí - Centro Tecnológico del Mobiliario	Cumple con el perfil	
2023/12/22 09:39:33	Para verificación	Antioquia - Itagüí - Centro Tecnológico del Mobiliario		
2023/11/29 12:57:41	Inscrito	No Aplica		

Mostrando registros del 1 al 5 de un total de 5 registros

Anterior 1 Siguiente

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2024-01-18

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ANA MARIA MARIN LOPEZ		
Identificación	CC	**Nro**	1053815376
Fecha de Nacimiento	1992-01-02	**Edad**	32
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR MEDICINA
Fecha cita	2024-01-17 14:48:37	**Sede**	MEDELLIN CENTRO JUNIN
Direccion	CARRERA 49 # 49-24		

PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)

TITULO	RESULTADO
ASPECTO DEL SUERO	LIMPIO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO COLESTEROL TOTAL	195	mg/dl	Deseable <200 Límite superior 201-239 Alto >240

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO TRIGLICERIDOS	112	mg/dl	Normal: < 150 Límite alto:151-199 Alto:200-499 Muy alto: > 500

LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL	43.4	mg/dl	Bajo: < a 40 Normal: 41-59 Deseable: >= a 60

LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL

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

LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL	22.4	mg/dl	Normal: 12-40

INDICE ARTERIAL

TITULO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
INDICE ARTERIAL	4.5	1.0---5.0

HISTORIA MANUAL

TITULO	RESULTADO
FORMATO MANUAL	NO

GLICEMIA

GLUCOSA EN SUERO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO	90	mg/dl	70-110

HISTORIA MANUAL

TITULO	RESULTADO
FORMATO MANUAL	NO

LESDY IVHET GONZALEZ TOBON
1214736007
Firma y sello del médico evaluador

Fecha Atención : 2024-01-17
Fecha impresión : 2024-01-18

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	ANA MARIA MARIN LOPEZ	**Identificación:**	CC: 1053815376
Fecha de Nacimiento:	1992-01-02	**Edad:**	32
Género:	F	**RH:**	A +
Estado civil:	OTRO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	2	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CLLE 58 SUR # 35 - 120	**Teléfono:**	3122030296
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	DOCENTE
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN CENTRO JUNIN
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

PRUEBA PSICOTECNICA - TEST PSICOLOGICO

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

CIUDAD DE ATENCIÓN	

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE		**EMPRESA USUARIA**	
CARGO		**PROFESION U OCUPACION**	
FECHA INGRESO			

RESULTADOS

Concepto	Se realiza prueba Psicotécnica 16PF

ADJUNTOS

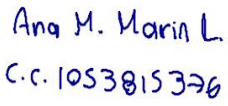
OBSERVACIONES ADJUNTO 1	Se adjunta archivo físico	**OBSERVACIONES ADJUNTO 2**	Se adjunta Informe
OBSERVACIONES ADJUNTO 3		**OBSERVACIONES ADJUNTO 4**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 5		**OBSERVACIONES ADJUNTO 6**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 7		**OBSERVACIONES ADJUNTO 8**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 9		**OBSERVACIONES ADJUNTO 10**	

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

Consentimiento Informado del Trabajador:

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





Firma:		Firma:	
Nombre:	DANIELA ORTIZ HIGUITA	Nombre:	
R.M.:	TP.1000871468	Documento:	

HOJA DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO 16PF, FORMA - A

Nombre: Ana María Marín López Fecha: 17/01/23

Año de estudios: Profesional Sexo: ☐ M ☑ F Edad: 32 años
(Grado de instrucción)

INSTRUCCIONES

Escoja sólo una de las alternativas (a, b ó c).
Marque dentro del recuadro correspondiente con una ✕
(usar sólo lapicero de tinta azul)

Ejemplo:

CORRECTO ☒ INCORRECTO ☑ ☐ ✕ ⊙

[175]

SOFhIA
"Soluciones para la evaluación psicológica"

	a	b	c
1	☒	☐	☐
2	☒	☐	☐
3	☒	☐	☐
4	☒	☐	☐
5	☐	☒	☐
6	☐	☐	☒
7	☐	☐	☒
8	☐	☐	☒
9	☐	☒	☐
10	☐	☐	☒
11	☐	☒	☐
12	☐	☐	☒
13	☒	☐	☐
14	☐	☐	☒
15	☒	☐	☐
16	☐	☐	☒
17	☐	☐	☒
18	☐	☐	☒
19	☐	☒	☐
20	☐	☒	☐
21	☒	☐	☐
22	☐	☐	☒
23	☐	☐	☒
24	☒	☐	☐
25	☒	☐	☐
26	☐	☐	☒
27	☒	☐	☐
28	☒	☐	☐
29	☒	☐	☐
30	☐	☐	☒
31	☒	☐	☐
32	☒	☐	☐

	a	b	c
33	☒	☐	☐
34	☒	☐	☐
35	☐	☒	☐
36	☒	☐	☐
37	☐	☐	☒
38	☐	☐	☒
39	☐	☒	☐
40	☐	☒	☐
41	☐	☐	☒
42	☐	☐	☒
43	☒	☐	☐
44	☐	☐	☒
45	☐	☐	☒
46	☐	☐	☒
47	☐	☒	☐
48	☒	☐	☐
49	☒	☐	☐
50	☐	☒	☐
51	☒	☐	☐
52	☒	☐	☐
53	☐	☐	☒
54	☒	☐	☐
55	☒	☐	☐
56	☒	☐	☐
57	☒	☐	☐
58	☐	☐	☒
59	☐	☐	☒
60	☐	☒	☐
61	☒	☐	☐
62	☐	☐	☒
63	☐	☐	☒
64	☐	☐	☒

	a	b	c
65	☐	☐	☒
66	☒	☐	☐
67	☐	☐	☒
68	☐	☐	☒
69	☐	☐	☒
70	☒	☐	☐
71	☐	☐	☒
72	☐	☐	☒
73	☒	☐	☐
74	☐	☐	☒
75	☒	☐	☐
76	☐	☐	☒
77	☒	☐	☐
78	☒	☐	☐
79	☐	☒	☐
80	☒	☐	☐
81	☐	☒	☐
82	☐	☐	☒
83	☒	☐	☐
84	☐	☐	☒
85	☐	☒	☐
86	☐	☐	☒
87	☐	☐	☒
88	☒	☐	☐
89	☒	☐	☐
90	☐	☐	☒
91	☐	☒	☐
92	☐	☐	☒
93	☒	☐	☐
94	☐	☐	☒
95	☐	☒	☐
96	☐	☐	☒

	a	b	c
97	☐	☒	☐
98	☐	☐	☒
99	☐	☐	☒
100	☒	☐	☐
101	☒	☐	☐
102	☒	☐	☐
103	☐	☒	☐
104	☐	☐	☒
105	☒	☐	☐
106	☐	☐	☒
107	☒	☐	☐
108	☐	☐	☒
109	☐	☐	☒
110	☐	☐	☒
111	☐	☐	☒
112	☐	☐	☒
113	☐	☐	☒
114	☐	☐	☒
115	☒	☐	☐
116	☒	☐	☐
117	☐	☐	☒
118	☒	☐	☐
119	☒	☐	☐
120	☒	☐	☐
121	☐	☐	☒
122	☐	☐	☒
123	☐	☒	☐
124	☐	☐	☒
125	☐	☒	☐
126	☒	☐	☐
127	☐	☐	☒
128	☐	☐	☒

	a	b	c
129	☐	☐	☒
130	☒	☐	☐
131	☐	☐	☒
132	☐	☐	☒
133	☐	☒	☐
134	☒	☐	☐
135	☐	☒	☐
136	☐	☐	☒
137	☒	☐	☐
138	☐	☐	☒
139	☒	☐	☐
140	☒	☐	☐
141	☐	☐	☒
142	☒	☐	☐
143	☐	☐	☒
144	☒	☐	☐
145	☐	☐	☒
146	☐	☐	☒
147	☐	☐	☒
148	☐	☐	☒
149	☐	☒	☐
150	☐	☐	☒
151	☐	☐	☒
152	☒	☐	☐
153	☒	☐	☐
154	☐	☐	☒
155	☐	☐	☒
156	☒	☐	☐
157	☐	☐	☒
158	☐	▨	☐
160	☒	☐	☐
160	☒	☐	☐

	a	b	c
161	☐	☒	☐
162	☒	☐	☐
163	☐	☐	☒
164	☐	☐	☒
165	☒	☐	☐
166	☐	☒	☐
167	☒	☐	☐
168	☒	☐	☐
169	☐	☒	☐
170	☐	☐	☒
171	☐	☐	☒
172	☒	☐	☐
173	☒	☐	☐
174	☐	☐	☒
175	☒	☐	☐
176	☐	☐	☒
177	☒	☐	☐
178	☒	☐	☐
179	☒	☐	☐
180	☒	☐	☐
181	☒	☐	☐
182	☐	☐	☒
183	☒	☐	☐
184	☐	☐	☒
185	☒	☐	☐
186	☒	☐	☐
187	☒	☐	☐

FIN DE LA PRUEBA

Powered by CamScanner

Fecha Atención : 2024-01-17
Fecha impresión : 2024-01-18

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	ANA MARIA MARIN LOPEZ	**Identificación:**	CC: 1053815376
Fecha de Nacimiento:	1992-01-02	**Edad:**	32
Género:	F	**RH:**	A +
Estado civil:	OTRO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	2	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CLLE 58 SUR # 35 - 120	**Teléfono:**	3122030296
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	DOCENTE
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN CENTRO JUNIN
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**campoadicional1**	
campoadicional2		**CARGO**	
PROFESION			

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	**OBSERVACIONES**	

EN LA EMPRESA ACTUAL

ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL	**USO DE PROTECCION VISUAL**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES	NO		

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	LENTES OFTALMICOS (GAFAS)	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	ENTRE 1 Y 2 AÑOS
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO	**ADICION O.D.**	
ADICION O.I.			

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

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

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	0.5M	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	0.5M	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	0.5M	**CON CORRECCION AO**	

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES			

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES			

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 15/15	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	50 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES			

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	ORTHOFORIA	**COVER TEST CERCA**	ORTHOFORIA
PPC	NORMAL	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	NO		

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**	
OBSERVACIONES			

REFRACCION

RETINOSCOPIA

OJO DERECHO	+050-050X90	**OJO IZQUIERDO**	+050-050X90
AVL OD	20/25	**AVL OI**	20/25

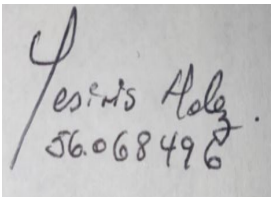
SUBJETIVO Y AFINACIONES

OJO DERECHO	N-050X90	**OJO IZQUIERDO**	N-050X90
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20
ADD OD		**ADD OI**	

AVP OD	0.5M	**AVP OI**	0.5M
DIAGNOSTICO			
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H522: Astigmatismo	**TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL**	
DIAGNOSTICO 1		**TIPO DIAGNOSTICO 1**	
DIAGNOSTICO 2		**TIPO DIAGNOSTICO 2**	
DIAGNOSTICO 3		**TIPO DIAGNOSTICO 3**	
CONCEPTO			
OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA			
CORRECCION OPTICA	SE SUGIERE CORRECCION OPTICA		
EVOLUCION			
EVOLUCION			
RECOMENDACIONES			
REMISION			
OFTALMOLOGIA		**OBSERVACIONES**	
CONTACTOLOGÍA		**OBSERVACIONES**	
ORTÓPTICA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
NINGUNO	1		
GENERALES			
USO DE CORRECCIÓN OPTICA	1	**OBSERVACIONES**	REFIERE USO DE LENTES, NO LOS TRAJO AL EXAMEN
LUBRICANTE OCULAR		**OBSERVACIONES**	
CONTROL ANUAL	1	**OBSERVACIONES**	
TRATAMIENTO OPTICO		**OBSERVACIONES**	
HIGIENE PALPEBRAL		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
VALORACION COMPLEMENTARIA OPTOMETRIA	Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria ||Se recomienda uso de corrección óptica para actividades visuales (pantallas de visualización de datos)	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIO**	
CONTROLES			
MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	1		
RESULTADO CAMPIMETRIA			
RESULTADO			

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

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



Ana M. Marin L.
C.C. 1053815376

Firma:		Firma:	
Nombre:	YESIRIS JOHANNA HERNANDEZ PIMIENTA	Nombre:	
R.M.:	56068496 L.S.O. 56068496	Documento:	

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	ANA MARIA MARIN LOPEZ	**Identificación:**	CC: 1053815376
Fecha de Nacimiento:	1992-01-02	**Edad:**	32
Género:	F	**RH:**	A +
Estado civil:	OTRO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	2	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CLLE 58 SUR # 35 - 120	**Teléfono:**	3122030296
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	DOCENTE
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN CENTRO JUNIN
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

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

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

EMPRESA	NO REFIERE	**ANTIGUEDAD**	
CARGO		**AREA**	
EXPUESTO A RUIDO		**USO DE E.P.P.**	
TIPO	NO APLICA	**OBSERVACIONES**	

HISTORIA MANUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS

OCUPACIONALES Y PERSONALES

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

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

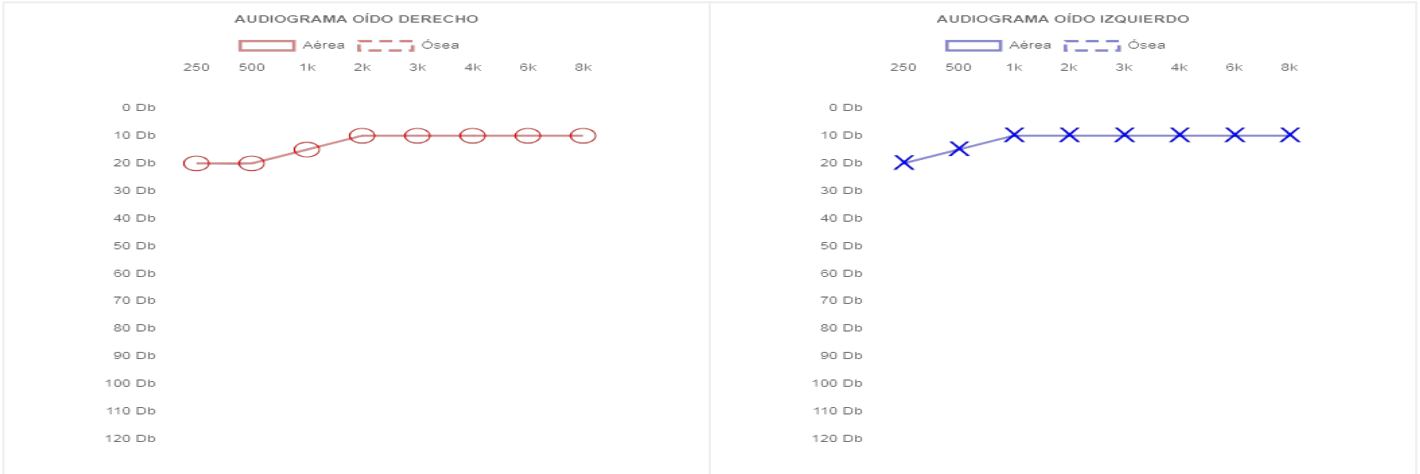
USO DE AUDIFONOS PERSONALES	NO	**DISCOTECA (CADA 8 DIAS)**	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO	**MOTOCICLISMO**	NO
SERVICIO MILITAR	NO	**JUGAR TEJO**	NO
POLIGONO	NO	**USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO**	NO
OTROS	NO		

OTOSCOPIA

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

AUDIOGRAMA

Audiograma



AUDIOGRAMA VIA AREA

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

OD	20			20			15			10			10			10			10			10		
OI	20			15			10			10			10			10			10			10		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

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

AUDIOMETRIA BASE

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

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

INTERPRETACION

LARSEN OD	NO APLICA	**LARSEN OI**	NO APLICA
PTA OD (500, 1K y 2K)	15	**PTA OI (500, 1K y 2K)**	11.666666666666666
E.L.I OD	B - BUENO	**E.L.I OI**	B - BUENO
GATISST OD (500, 1K, 2K y 3K)	13.75	**GATISO OI (500, 1K, 2K y 3K)**	11.25
S.A.L. OD	A	**S.A.L. OI**	A
FACTOR DE PRESBIACUSIA	2		

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición	**TIPO DIAGNOSTICO 1**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
RESULTADO	AUDICIÓN BILATERAL NORMAL AL MOMENTO DEL EXAMEN.	**LATERALIDAD DX1**	BILATERAL

RECOMENDACIONES

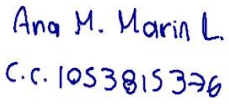
VALORACION COMPLEMENTARIA	Su capacidad auditiva es adecuada		

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

Consentimiento Informado del Trabajador:

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

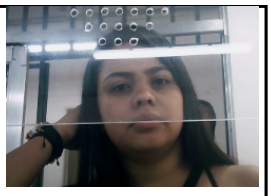




Firma:		Firma:	
Nombre:	INGRID RUIDIAZ YEPES	Nombre:	ANA MARIA MARIN LOPEZ
R.M.:	TP.1017224449	Documento:	1053815376

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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



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

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
MARIN LOPEZ ANA MARIA	CC 1053815376	32 Años	F

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
MANIZALES	Medellin	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3122030296	CLLE 58 SUR # 35 - 120	3122030296
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
ANAMA0292@GMAIL.COM	PROFESIONAL	A +

IMC	Hijos	EPS
25.89	0	1

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

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
DOCENTE	2024-01-17	14:38:15	03:11:39	09:27:34

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

PREINGRESO

CONCEPTO	TIPO DE RESTRICCIONES
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NINGUNO	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA

PRUEBA PSICOTECNICA - TEST PSICOLOGICO: SE REALIZA

LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)) SE REALIZA

LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA) SE REALIZA

EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL: SE REALIZA

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL)
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
Se recomienda uso de corrección óptica para actividades visuales (pantallas de visualización de datos)
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Bajar de peso, se indica hábitos saludables de vida, realizar actividades deportivas y recreativas, se fomenta hábitos saludables de trabajo. Alimentación balanceada.
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO		
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NUTRICIONISTA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

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

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

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



Ana M. Marin L.
C.C. 1053815376

Firma:		Firma:	
Nombre:	PINTO QUIROZ DARWIN DAVID	Nombre:	ANA MARIA MARIN LOPEZ
R.M.:	RM.1177 L.S.O.31135/2021	Documento:	1053815376

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