ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	470-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Ebelinda Camargo León		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	**Julio Eduardo Rodríguez Alvarado**	**Teléfono / Extensión**	1019
Dependencia	Oficina de Asesora Jurídica		
Objeto del Contrato	Prestar sus servicios profesionales en la Oficina Asesora Jurídica para tramitar las acciones constitucionales y demás asuntos derivados de éstas, que se instauren contra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o contra el entonces FOSYGA		
Fecha de Inicio	01/03/2024	**Fecha de Terminación**	31/10/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	01/03/2024	**Hasta**	31/03/2024
Adición y/o Prórroga	Incluir una breve descripción de la Adición y/o Prórroga			
Suspensión	Incluir una breve descripción de la Suspensión			
Cesión	Incluir una breve descripción de la Cesión			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Apoyar en la clasificación de los radicados relacionados con acciones de tutela que le sean asignadas para trámite	Durante el periodo objeto de este informe se clasificaron 694 radicados.		N/A
2	Solicitar los insumos técnicos a las distintas áreas de la ADRES o de entidades diferentes a ella en las acciones de tutela asignadas.	Durante el periodo se solicitó a las correspondientes áreas los respectivos insumos para dar respuesta a las tutelas que fueron asignadas		N/A
3	Proyectar las respuestas a los requerimientos de las autoridades judiciales o administrativas que le sean asignados conforme a los parámetros institucionales establecidos y dentro de los términos otorgados para ello	Durante el periodo objeto de este informe se proyectaron 21 radicados		N/A
4	Proyectar las impugnaciones contra las providencias o fallos adversos a la ADRES, dentro de los términos legales establecidos para ello	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
5	Brindar apoyo jurídico en los incidentes de desacato que se promuevan en las acciones de tutela que le hubiesen sido asignadas por la Coordinación.	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A

6	Archivar los radicados de tutela que no necesiten trámite, de acuerdo con los parámetros institucionales establecido.	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
7	Hacer la vigilancia judicial de las acciones de tutela que le sean asignadas	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
8	Realizar seguimiento al cumplimiento de sentencias de tutela que impongan obligación a la ADRES, remitiendo las constancias o soportes correspondientes.	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
9	Ejercer la representación judicial y extrajudicial en las acciones Constituciones que le sean asignados durante la ejecución del contrato dentro de los términos legales.	Durante el periodo objeto de este informe se realizó vigilancia de los procesos asignados.		N/A
10	Proyectar la contestación de las respectivas demandas en las acciones constituciones en que sea parte la ADRES, y que le sean asignadas, aportando las respectivas pruebas	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
11	Proyectar e interponer dentro de los términos legales, los recursos contra las providencias o fallos adversos a la ADRES.	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
12	Tramitar los incidentes que se presenten en las acciones Constituciones que le sean asignadas.	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad.		N/A
13	Responder los requerimientos de autoridades competentes, relacionados con las acciones constitucionales que le sean asignadas.	Durante la ejecución del contrato no se desarrolló esta actividad.		N/A
14	Asistir a las audiencias que se surtan dentro de las acciones constitucionales y que le sean asignadas.	Durante la ejecución del contrato no se desarrolló esta actividad.		N/A
15	Ejercer la vigilancia judicial de las acciones constitucionales en que sea parte la ADRES y que le sean asignadas.	Durante el periodo objeto de este informe, no se realizó dicha gestión.		N/A
16	Mantener y custodiar los expedientes a cargo dentro de los cuales deberá reposar todas las actuaciones surtidas, sean o no de carácter judicial, pero que tengan relación con las acciones populares y de grupo en que sea parte la ADRES, y que le sean asignadas.	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
17	Comunicar en oportunidad la terminación de los procesos a su	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A

	cargo, las sentencias de carácter condenatorio, con el fin de que la ADRES pueda proceder al pronto al cumplimiento o pago de estas, cuando a ello hubiere lugar.			
18	Apoyar en la suscripción de acuerdos conciliatorios, siempre y cuando sean procedentes y favorables para ADRES, previa aprobación del Comité de Conciliación	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad.		N/A
19	Presentar dentro del término las acciones de repetición para estudio y decisión del comité.	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
20	Registrar y actualizar de manera oportuna en el Sistema Único de Gestión e Información de la Actividad Litigiosa del Estado-eKogui, las acciones populares y de grupo en que sea parte la ADRES, y que le sean asignadas, y demás obligaciones establecidas en el Decreto 1069 de 2015 o norma que lo derogue, modifique o sustituya.	Durante el periodo objeto de este Informe no se desarrolló esta actividad		N/A
21	Elaborar y actualizar las fichas que serán presentadas para el estudio en los comités de conciliación, de conformidad con los instructivos que la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado expida para tal fin.	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
22	Calificar el riesgo en cada uno de los procesos judiciales a su cargo, con una periodicidad no superior a seis meses, así como cada vez que se profiera una sentencia judicial sobre el mismo, de conformidad con la metodología que determine la Agencia Nacional Jurídica del Estado	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A
23	Incorporar el valor de la provisión contable de las acciones populares y de grupo en que sea parte la ADRES, y que le sean asignadas, con una periodicidad no superior a seis meses, así como cada vez que se profiera una sentencia judicial sobre el mismo de conformidad con la metodología que se establezca para tal fin.	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad.		N/A
24	Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones conforme con la solicitud de la Oficina Asesora Jurídica. Para lo anterior, la ADRES	Durante el periodo objeto de este informe no se desarrolló esta actividad		N/A

	realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.			
25	Entregar al finalizar el plazo de ejecución del contrato, soporte generado por el Sistema de Gestión Documental que para el efecto tenga implementada la ADRES, en el cual se evidencia que la documentación asignada se encuentra tramitada.	Durante el periodo de este informe no se desarrolló esta actividad.		N/A
26	Apoyar la proyección de respuestas a los derechos de petición, consultas, observaciones y solicitudes que sean competencia de Oficina Asesora Jurídica, dentro del término otorgado por la ley.	Durante el periodo objeto de este informe, se recibió inducción.		N/A
27	Cumplir con las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del presente contrato	Durante el periodo objeto de este informe se asistió a las reuniones programadas por la coordinación		N/A

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



Firma del Contratista
Fecha: 1/04/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 43.441.696	**$ 0**	**$ 5.430.212**	**$0**	**$ 38.011.484**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE ($5.430.212)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9465095254	$ 271.600	1/03/2024	31/03/2024	30/03/2024
Pensión	9465095254	$ 347.600	1/03/2024	31/03/2024	30/03/2024
ARL	9465095254	$11.400	1/03/2024	31/03/2024	30/03/2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.
3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:



JULIO EDUARDO RODRIGUEZ ALVARADO
Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/04/2024

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio

CIUDAD: Bogotá D.C.

FECHA: 01/04/2024

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RESCURSOS DEL SISTEMA GENERAL DESEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: Ebelinda Camargo León

IDENTIFICACIÓN: **NIT** **CC No.** 1.030.683.900

CONTRATO No.: 470 de 2024

OBJETO: "Prestar sus servicios profesionales en la Oficina Asesora Jurídica para tramitar las acciones constitucionales y demás asuntos derivados de éstas, que se instauren contra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o contra el entonces FOSYGA."

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/03/2024 **HASTA:** 31/03/2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE ($**5.430.212**)

POR CONCEPTO DE: HONORARIOS

DIRECCIÓN: calle 3 sur # 69 a 60

TELÉFONO: 3194976567

FIRMA

C.C. No. 1.030.683.900 de Bogotá

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

Bogotá D.C., 1 de abril de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Ebelinda Camargo León	1.030.683.900

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 69101, Tarifa ICA 8,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-470-2024
Fecha de Inicio: 1/03/2024 Fecha de Terminación: 31/10/2024
Valor total del Contrato: $43.441.696 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $5.430.212

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder **SI** a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años y dependen económicamente de mí.
b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de

ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación_____de_____, según certificación del año 2023; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No._____del Banco_____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias_____la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

   Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

7. Declaro que consigné a Medicina pre-pagada, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Socialen Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,

Firma:
Cédula de ciudadanía No. 1.030.683.900 de Bogotá D.C

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA elCBF
CC 1030683900		CAMARGO LEON EBELINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 3 SUR NO. 69A-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3194976567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	544186583	9465095254	I	2024/04/02	2024/04/01	BANCOLOMBIA	0	$674,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,172,085**	**$347,600**			**$2,172,085**	**$271,600**			**$2,172,085**	**$43,500**			**$2,172,085**		**$11,400**			**$0**	**$0**		**$674,100**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,172,085**	**$347,600**			**$2,172,085**	**$271,600**			**$2,172,085**	**$43,500**			**$2,172,085**		**$11,400**			**$0**	**$0**		**$674,100**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$2,172,085**	**$347,600**			**$2,172,085**	**$271,600**			**$2,172,085**	**$43,500**			**$2,172,085**		**$11,400**			**$0**	**$0**		**$674,100**
1	CC	1030683900	CAMARGO EBELINDA																	230201	30	$2,172,085	$347,600	EPS005	30	$2,172,085	$271,600	CCF24	30	$2,172,085	$43,500	14-23	30	$2,172,085	0.522 %	$11,400	30	$0	$0	No	$674,100
Total Afiliados(1)																						$2,172,085	$347,600			$2,172,085	$271,600			$2,172,085	$43,500			$2,172,085		$11,400			$0	$0		$674,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA elCBF
CC 1030683900		CAMARGO LEON EBELINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 3 SUR NO. 69A-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3194976567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	544186583	9465095254	I	2024/04/02	2024/04/01	BANCOLOMBIA	0	$674,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$347,600	$0	$0	$347,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$347,600	$0	$0	$347,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,400	$0	$0	$11,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,400	$0	$0	$11,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,500	$0	$0	$43,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$43,500	$0	$0	$43,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$271,600	$0	$0	$271,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$271,600	$0	$0	$271,600
TOTAL				**1**	**$674,100**	**$0**	**$0**	**$674,100**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14966430279

(415)7707212489984(8020) 000001496643027 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 6 8 3 9 0 0	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 3 0 6 8 3 9 0 0	2 0 1 6 0 1 1 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMARGO	LEON	EBELINDA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 3 SUR 69 A 60 TO 4 AP 204

42. Correo electrónico: ebelindacamargoleon@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 4 9 7 6 5 6 7	6 0 1 2 1 0 3 0 0 9

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
6 9 1 0	2 0 2 2 1 0 1 3							

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 2023 - 12 - 12 / 13 : 13: 54

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 RANGEL BERNAL JHONNATAN ANDREY

985. Cargo Analista I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2023-12-09

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	EBELINDA CAMARGO LEON	Documento:	CC 1030683900
Fecha de nacimiento:	1997-12-27	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	26 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	CLL 3 SUR NO. 69A 60	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3194976567	Escolaridad:	Estudios_posgrado
Ocupación:	ABOGADA	EPS:	Santas
AFP:	Proteccion	ARL:	NO TIENE
Responsable**:	JUAN SEBASTIAN CASTELBANCO (COMPAÑERO PERMANENTE)	Teléfono:	3195801023
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.
Trabajador indica estar vacunado con esquema completo para Covid-19 pero no aporta carnet.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual
Audiometría:	NO APLICA.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a EBELINDA CAMARGO LEON con documento de identificación No. 1030683900 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de ABOGADA del sector económico Servicios

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo de su patología tiroidea.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR PATOLOGIA QUE NO LE GENERA RESTRICCIONES OCUPACIONALES: Su patología tiroidea es una enfermedad de origen común y está en tratamiento controlado en su EPS y no le genera actualmente restricciones ocupacionales directas para el oficio. Se requiere que continúe con el Plan de Tratamiento establecido y que siga siendo evaluada y manejada en su entidad de salud para su control y seguimiento.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.

Andrea Castañeda

ANDREA LORENA CASTAÑEDA TORRES
Medico
U. de Boyaca
Res. 1052397932
Esp.en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
U. Manuela Beltran
Res.4481 de 23/04/2019

Firma para identificación de usuario



Indice der

EBELINDA CAMARGO LEON
Documento: 1030683900

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: daniela.rodriguez
Fecha: 2023-12-09 Hora: 12:13

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE PREINGRESO No. 1030683900

Fecha: 2023-12-09 Hora: 12:11

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente esta documento solo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	EBELINDA CAMARGO LEON	Documento:	CC 1030683900
Fecha de nacimiento:	1997-12-27	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	26 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	Sexo al nacer:	Femenino
Dirección actual:	CLL 3 SUR NO. 69A 60	No. hijos vivos:	0
Teléfono:	3194976567	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Ocupación:	ABOGADA	Escolaridad:	Estudios_posgrado
AFP:	Proteccion	EPS:	Sanitas
Responsable**:	JUAN SEBASTIAN CASTELBANCO (COMPAÑERO PERMANENTE)	ARL:	NO TIENE
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.	Teléfono:	3195801023



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INFORMACIÓN OCUPACIONAL DEL PUESTO DE TRABAJO (Perfil del cargo)

No hay perfil de cargo.

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES Y FAMILIARES (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
1. Congénitos	N	N	6. Respiratorios	N	N	11. Dermatológicos	N	N	16. Vascular periférico	N	N
2. Quirúrgicos	N	N	7. Asma	N	N	12. Reumatológicos	N	N	17. Cáncer	N	N
3. Traumáticos	N	N	8. Rinitis	P	N	13. Metabólicos	P	N	18. Mentales	N	N
4. Osteomusculares	N	N	9. Auditivos	N	N	14. Cardiovasculares	N	N	19. Epilepsia	N	N
5. Tóxicos o alergicos	N	N	10. Tuberculosis	N	N	15. Hipertensión	N	N	20. Otros	N	N

Observaciones: 8. Rinitis (per): desde la infancia, desencadenada por el polvo y el frio, no requiere manejo médico, actualmente controlada.
13. Metabólicos (per): hipotiroidismo diagnosticado a los 12 años de edad, en manejo farmacológico y seguimiento médico cada 6 meses en su entidad de salud, último control en octubre de 2023.
Niega otros antecedentes personales.

Declaratoria de salud:
1. Refiere asistió a consulta médica por control en octubre de 2023.
10. Refiere toma de levotiroxina.
29. Refiere rinitis alérgica.

Se revisan historias clínicas previas en Colmedicos. No presenta historial de restricciones.

No refiere antecedentes patológicos familiares.

Tratamiento actual: Levotiroxina 50 mcg cada día.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarquia: 9 Años
Ciclo menstrual: Regular
Patología mamaria: No Refiere
G:0 P:0 A:0 Mortinatos:0
Dismenorrea: No
Planificación familiar: Véase observación
Antecedentes quirúrgicos: No Refiere
Última menstruación: 2023-11-07

Observaciones: Implante hormonal,

3. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa(Emp)-Actividad Económica(AE)-Oficio(Of)-Tiempo exposición(TE)-Factores Riesgo(FR)-Elementos Protección Personal(EPP)

1. Emp:MR ABOGADOS/OTROS - AE:Sector Comercio formal Of:Abogado - TE:24 Meses - FR:Ergonómicos, FR:Psicosociales, - EPP: Ninguno,
Niega otros antecedentes ocupacionales.

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo de ocurrencia (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA (Saludables y de riesgo para la salud)

HABITO	TIPO	FRECUENCIA
Deportes	Ninguno	
Tabaquismo:		No Fuma
Licor:	Ninguno	

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

6. INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.
Trabajador indica estar vacunado con esquema completo para Covid-19 pero no aporta carnet

7. REVISION POR SISTEMAS Y ENFERMEDAD ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad actualmente.

8. EXAMEN FISICO - ORGANOS DE LOS SENTIDOS (N=Normal, A=Anormal)

OJOS		OIDOS		NARIZ		ORO FARINGE	
1. Párpados-Conjuntiva	N	5. Pabellón	N	9. Huesos Nasales	N	13. Labios-Lengua	N
2. Cornea-Pupilas	N	6. Conductos	N	10. Vestíbulo	N	14. Amigdalas-Faringe	N
3. Esclerótica-Músculos	N	7. Timpanos	N	11. Tabique	N	15. Dentadura Encias	N
4. Fondo de ojo	N	8. Lóbulos	N	12. Cornetes	N	16. Paladar-Úvula	N

Ampliación de hallazgos: El examen de los organos de los sentidos es normal.

9. EXAMEN FISICO - INDICADORES

Apariencia	Sano	Peso (Kilos)	73	Talla cms.	157	Indice Masa Corporal	29.6
Presión arterial	110/60	Pulso (Min)	69	Respiración	16/min	Dominancia	Diestro
						Perimetro cintura	84
Indice distribución de grasa regional	Infinity						

10. EXAMEN FISICO GENERAL (N=Normal, A=Anormal, NE=NoEvaluado)

1. Cabeza	N	7. Cardiaco	N	13. Piel-Faneras	N	19. Reflejos tendinosos	N
2. Cuello	N	8. Circulatorio	N	14. Miembros superiores	N	20. Motilidad	N
3. Troides	N	9. Pulmonar	N	15. Miembros inferiores	N	21. Sensibilidad	N
4. Tórax	N	10. Abdomen	N	16. Neurológico	N	22. Tono muscular	N
5. Mamas	NE	11. Genitales externos	NE	17. Estado mental	N	23. Fuerza muscular	N
6. Espalda	N	12. Vascular periférico	N	18. Pares craneales	N	24. Marcha	N

Ampliación de hallazgos:
Persona con facies normal, consciente, cooperadora, orientada en sus tres esferas, su estado mental es aparentemente normal, posición adquirida a voluntad. La edad aparente concuerda con la edad real.

11. EVALUACION OSTEOMUSCULAR DE EXTREMIDADES (N=Normal, A=Anormal)

	Izq.	Der.		Izq.	Der.		Izq.	Der.		Izq.	Der.
1. Hombros	N	N	4. Antebrazos	N	N	7. Caderas	N	N	10. Piernas	N	N
2. Brazos	N	N	5. Muñecas	N	N	8. Muslos	N	N	11. Tobillos	N	N
3. Codos	N	N	6. Manos	N	N	9. Rodillas	N	N	12. Pies	N	N

Ampliación de hallazgos: No se evidencian alteraciones osteomusculares ni limitaciones funcionales.

12. EVALUACION DE COLUMNA VERTEBRAL (Cervical-Dorsal-Lumbar-Sacra)

1. Inspección	N	5. Inclinaciones	N	9. Flexo extensón	N	13. Prueba de Schober	N
2. Palpación	N	6. Rotaciones	N	10. Alineación escapular	N	14. Test de Wells	N
3. Sensibilidad	N	7. Marcha puntas	N	11. Alineación pélvica	N	15. Prueba de Laségue	N
4. Motricidad	N	8. Marcha talones	N	12. Medición extremidades	N	16. Signo del timbre	N

Ampliación de hallazgos: Al examen físico de la columna vertebral no se evidencia ningún tipo de patología ni limitación funcional.

13. EXÁMENES DE LABORATORIO

FECHA	EXAMEN	RESULTADO

14. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Optometría: Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

15. PRINCIPALES HALLAZGOS Y DIAGNÓSTICOS

CIE10|J304:Rinitis alergica, no especificada
CIE10|E039:Hipotiroidismo, no especificado
CIE10|R635:Aumento anormal de peso

16. CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen médico ocupacional realizado a EBELINDA CAMARGO LEON con documento de identificación No. 1030683900 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de ABOGADA en una empresa del sector económico Servicios

17. CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

18. RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo de su patología tiroidea.

ÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

IENTA RESTRICCIONES

20. OBSERVACIONES FINALES
CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR PATOLOGIA QUE NO LE GENERA RESTRICCIONES OCUPACIONALES: Su patología tiroidea es una enfermedad de origen común y está en tratamiento controlado en su EPS y no le genera actualmente restricciones ocupacionales directas para el oficio. Se requiere que continúe con el Plan de Tratamiento establecido y que siga siendo evaluada y manejada en su entidad de salud para su control y seguimiento.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:
- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SINTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aisle preventivamente.

Andrea Castañeda

ANDREA LORENA CASTAÑEDA TORRES
Medico
U. de Boyaca
Res: 1052397932
Esp.en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
U. Manuela Beltran
Res.4481 de 23/04/2019

Firma para identificación de usuario
EBELINDA CAMARGO LEON
Documento: 1030683900

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: daniela.rodriguez
Fecha: 2023-12-09 Hora: 12:13

EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 1030683900
Fecha: 2023-12-09

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	EBELINDA CAMARGO LEON	Documento:	1030683900
Fecha de nacimiento:	1997-12-27	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	26 años	Género:	Femenino
Dirección actual:	CLL 3 SUR NO. 69A 60	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3194976567	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	ABOGADA	EPS:	Sanitas
Responsable:	JUAN SEBASTIAN CASTELBANCO (COMPAÑERO PERMANENTE)	Teléfono:	3195801023
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



INFORMACIÓN OCUPACIONAL DEL PUESTO DE TRABAJO (Perfil del cargo)
ABOGADA

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES DE IMPORTANCIA VISUAL Y OCULAR (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
1. Congénitos	N	N	4. Musculares	N	N	7. Autoinmunes	N	N	10. Cáncer	N	N
2. Quirurgicos	N	N	5. Tóxicos o alérgicos	N	N	8. Cardiovasculares	N	N	11. Tiroides	N	N
3. Traumáticos	N	N	6. Dermatológicos	N	N	9. Metabólicos	N	N	12. Otros	N	N

Antecedentes patológicos personales: No refiere antecedentes patológicos personales.
No refiere antecedentes patológicos familiares.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - OCULARES Y VISUALES (P=Positivo, N=Negativo)

1. Congénitos	N	5. Patologías de los párpados	N	9. Patologías del iris	N	13. Patologías musculares	N
2. Quirúrgicos	N	6. Patologías de la conjuntiva	N	10. Patologías del cristalino	N	14. Patologías de la visión	N
3. Traumáticos	N	7. Patologías de la córnea	N	11. Patologías de la retina	N	15. Glaucoma	N
4. Infecciosas	N	8. Patologías cámara anterior	N	12. Patologías aparato lagrimal	N	16. Otros Patologías	N

Ampliación de antecedentes patológicos oculares y visuales: No refiere ningún antecedente de importancia de patología ocular o visual.

ANTECEDENTES PERSONALES SOBRE EL USO DE LENTES

Usa actualmente lentes?	No	Desde qué edad usa lentes?	0
Tipo de lentes		Frecuencia de uso	
Último cambio de lentes?		Trae los lentes al exámen?	No aplica

Ampliación de información
CONTROL VISUAL 24 MESES

3. ANTECEDENTES DE EXPOSICION OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA VISUAL

Ocupación(Ocup)-Factores de riesgo(Fr)-Tiempo de Exposición(Te)-Protección ocular(PO)
No refiere ningún antecedente de exposición ocupacional de importancia visual

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo en años (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA OCULAR O VISUAL ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad ocular o visual actualmente.

6. EVALUACION DE LA VISION Y LOS OJOS

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
	Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico		Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico
Ojo derecho	20/20			Ojo derecho	0.50 m		
Ojo izquierdo	20/20			Ojo izquierdo	0.50 m		
Ambos ojos	20/20		No aplica	Ambos ojos	0.50 m		No aplica

Ampliación de hallazgos
La agudeza visual para cerca y lejos (monocular y binocularmente) está dentro de parámetros normales.

EXAMEN FISICO DE LOS OJOS Y ANEXOS (N=Normal, A=Anormal)

Cejas	N	Conjuntiva tarsal	N	Pupilas	N	Papila óptica	N
Pestañas	N	Conjuntiva bulbar	N	Cristalino	N	Mácula	N
Párpados	N	Córnea	N	Humor vítreo	N	Vasos sanguineos	N
Aparato lagrimal	N	Cámara anterior	N	Retina	N	Coroides y Esclera	N
Órbita	N	Iris	N				

Ampliación de hallazgos:
El examen físico de los ojos está dentro de parámetros normales.

LENSOMETRIA

	Esfera	Cilindro	Eje	Ampliación de hallazgos
Ojo derecho				NO APLICA
Ojo izquierdo				
ADICION				

EXAMEN DEL PARALELISMO Y LA MOTILIDAD OCULAR (N=Normal, A=Anormal)

Reflejo de Hirschberg sin lentes	N	Cover test visión lejana sin lentes	N	Ducciones ojo derecho	N
Reflejo de Hirschberg con lentes	N	Cover test visión lejana con lentes	N	Ducciones ojo izquierdo	N
Versiones ojo derecho	N	Cover test visión cercana sin lentes	N	Punto próximo de convergencia con objeto real	N
Punto próximo de convergencia con luz	N	Cover test visión cercana con lentes	N	Versiones ojo izquierdo	N

Ampliación de hallazgos:
Las pruebas realizadas para evaluar el paralelismo, la motilidad ocular y la convergencia son normales.

QUERATOMETRIA
Ojo derecho: / X 0 grados
Ojo izquierdo: / X 0 grados
Anotaciones acerca de los resultados:
NO APLICA

REFRACCION
Tipo de retinoscopia realizada: Estática

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	Neutro			20/20
Ojo izquierdo	Neutro			20/20

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	Neutro			20/20
Ojo izquierdo	Neutro			20/20

Visión cromática: Policromacia Normal
Estereopsis: 40 seg/arco

Ampliación de hallazgos:
NO REQUIERE

7. CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

	Esfera	Cilindro	Eje	AVL	AVC
Ojo derecho					
Ojo izquierdo					
Adición					

- Distancia pupilar: NO APLICA
- Distancia nasopupilar ojo derecho: NO APLICA
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo: NO APLICA
- Altura bifocal: NO APLICA
- Filtro/Tratamiento: NO APLICA
- Material de los lentes: NO APLICA
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado: NO APLICA
- Remisión a la EPS: No requiere remisión.

Fecha: 2024-12-09 (AAAA-MM-DD)

DIAGNOSTICOS

H010 - Exámen de ojos y de la visión

9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO
Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual

10. RECOMENDACIONES
Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.

-Control optométrico anual

11. OBSERVACIONES FINALES
Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual

ADRIANA MOLANO POSSE
Optómetra
Univ de la Salle
Res 4948 de 15/12/1997
Esp en Gerencia de Riesgos Lab y SST
Corp Univ Minuto de Dios
Res 6638 de 21/05/2018

Firma para identificación de usuario
EBELINDA CAMARGO LEON
Documento: 1030683900

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: daniela.rodriguez
Fecha: 2023-12-09 Hora: 12:13