"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 12:46**

Cargo: **POFESIONAL UNIVERSITARIO**

Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**

Fecha de ingreso: **2023-09-26 02:51:36**

Yo LILIANA MERCEDES FAJARDO RESTREPO, identificado con CC No. 47436611, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

Liliana Fajardo R

CC No 47436611

Email: Contabilidad@equividaso.com.co

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309260203131
Paciente:	RODRIGO GARAVITO AMARILES	CC:	17421734
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 18:56:04	Fecha Atención:	2023-10-10 16:16:44
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		VACUNA TETANO
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES 8. SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS POR PATOLOGIAS DE BASE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.052.775.600
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201
Licencia S.O: 8309/2022

Firma del Paciente: RODRIGO GARAVITO AMARILES
Identificacion: CC. - 17421734

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 12:47**
Cargo: **PROFESIONAL ESPECIALIZADO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-26 06:14:40**

Yo RODRIGO 0 GARAVITO AMARILES, identificado con CC No. 17421734, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 17421734

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309260203153
Paciente:	ZAIRA LISBETH GODOY MALAGON	CC:	40432520
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-03 14:49:48	Fecha Atención:	2023-10-30 09:43:26
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		VACUNA TETANO
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. DISMINUCION DEL PESO CORPORAL 8. VALORACION NUTRICIONAL EN SU EPS 9. SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS POR PATOLOGIAS DE BASE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201
Licencia S.O: 8309/2022

Firma del Paciente: ZAIRA LISBETH GODOY MALAGON
Identificacion: CC. - 40432520

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 12:50**

Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**

Fecha de ingreso: **2023-09-26 08:41:19**

Yo ZAIRA LISBETH GODOY MALAGON, identificado con CC No. 40432520, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 40432520

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230926020336
Paciente:	ARMANDO . GOMEZ .	CC:	18110889
Edad:	58 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	CONDUCTOR	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-03 14:42:20	Fecha Atención:	2023-10-24 10:59:44
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
PSICOSENSOMETRICA	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	1. SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ENFASIS EN TRONCO 2. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL 3. ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS 4. EVITAR POSTURAS MANTENIDAS Y FORZADAS DE COLUMNA FUERA DE ANGULOS DE CONFORT DURANTE TIEMPOS PROLONGADOS
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO
ENFASIS - CONDUCCION:	A. APTO PARA CONDUCCION.

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. SE RECOMIENDA CONDUCIR CON VENTANAS CERRADAS 8. SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR ORL Y AUDIOLOGÍA EN SU EPS 9. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 10 SE RECOMIENDA VALORACION POR OFTALMOLOGIA EN SU EPS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.778.809
RES 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201
Licencia S.O: 8309/2022

Firma del Paciente: ARMANDO . GOMEZ .
Identificacion: CC. - 18110889

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 12:50**
Cargo: **CONDUCTOR**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-26 02:29:06**

Yo ARMANDO . GOMEZ ., identificado con CC No. 18110889, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL
- RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

FIRMA

CC No 18110889

90

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 14:35**
Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 04:44:13**

Yo MARIA ANGELICA AYALA GARCIA, identificado con CC No. 52844578, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 52844578

Email: Contabilidad@equividaso.com.co

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203125
Paciente:	LUIS ENRIQUE BAQUERO ZAMBRANO	CC:	17422958
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destíno:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-01 08:39:31	Fecha Atención:	2023-10-31 10:14:19
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y AZUCARES AÑADIDO Y/O PORCESADOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. VALORACION NUTRICIONAL EN SU EPS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.069.772.909
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Registro M.D: 23201

Licencia S.O: 8309/2022

Firma del Paciente: LUIS ENRIQUE BAQUERO ZAMBRANO

Identificacion: CC. - 17422958

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 14:37**
Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 05:58:32**

Yo LUIS ENRIQUE BAQUERO ZAMBRANO, identificado con CC No. 17422958, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 17422958

Email: Contabilidad@equividaso.com.co

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203135
Paciente:	JOSE LUIS BENAVIDES CELIS	CC:	17423032
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:46:25	Fecha Atención:	2023-10-12 14:51:11
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		VACUNA TETANO
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ALIMENTACION SALUDABLE DISMINUIR CONSUMO DE HARINAS Y AZUCARES AÑADIDOS 5. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834-2014
Licencia S.O: 3441-2016

Firma del Paciente: JOSE LUIS BENAVIDES CELIS
Identificacion: CC. - 17423032

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 14:42**
Cargo: **SECRETARIO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 06:29:53**

Yo JOSE LUIS BENAVIDES CELIS, identificado con CC No. 17423032, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 17423032

En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

ormación General

na impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203178
ente:	MARYURY BERNAL ALONSO	CC:	40432800
d:	42 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
ero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
go:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
en:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
na Salida:	2023-11-20 09:20:09	Fecha Atención:	2023-11-14 09:54:35
e:	ACACIAS		



ebas de Apoyo Diagnóstico

RACLINICOS
DIOMETRIA
TOMETRIA
COLOGIA

LABORATORIO CLINICO
UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

tificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

comendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

comendaciones Ocupacionales Preventivas

nitaciones o Restricciones

po Limitación:

servación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. O DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE OSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. PORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

orizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de diciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de tección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos respondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Reg. 23201 Lic. 1990

sional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
stro M.D: 23201

Firma del Paciente: MARYURY BERNAL ALONSO
Identificacion: CC. - 40432800

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 14:43**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:26:53**

Yo MARYURY 0 BERNAL ALONSO, identificado con CC No. 40432800, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 40432800

81

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

ormación General



a impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203191
ente:	ROBINSON BLANDON MARTINEZ	CC:	86068003
d:	42 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
ero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
o:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
en:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
a Salida:	2023-10-26 13:35:51	Fecha Atención:	2023-10-11 15:06:39
:	ACACIAS		

ebas de Apoyo Diagnóstico

RACLINICOS
DIOMETRIA
TOMETRIA
ICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS
ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
VACUNA TETANO

rtificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

comendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

comendaciones Ocupacionales Preventivas

mitaciones o Restricciones

po Limitación:

bservación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. SO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE OSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN RASAS, FRITOS Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. SE RECOMIENDA NUEVO COTNROL DE PERFIL ENAL EN SU EPS 8. USO DE LENTES DE CORRECCION PARA VISION PROXIMA 9. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 10. EGUIMIENOT POR AUDIOLOGIA EN SU EPS

torizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de ndiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de otección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos rrespondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Reg. 23201 Ltda. 4300

88

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 14:44**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:54:44**

Yo ROBINSON 0 BLANDON MARTINEZ, identificado con CC No. 86068003, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

Los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 86068003

ESR

En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

ormación General



ha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203165
iente:	LUZ MARINA BOLIVAR CALDERON	CC:	21176894
d:	58 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
ero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
go:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
en:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
a Salida:	2023-10-25 20:01:04	Fecha Atención:	2023-10-11 14:34:28
e:	ACACIAS		

ebas de Apoyo Diagnóstico

RACLINICOS
DIOMETRIA
TOMETRIA
ICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

VACUNAS

tificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

comendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

comendaciones Ocupacionales Preventivas

nitaciones o Restricciones

po Limitación:

bservación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. SO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE OSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN RASAS, FRITOS, HARINAS Y AZUCARES AÑADIDOS Y/O PROCESADOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO E LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA

torizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de ndiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de tección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos respondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.596
Reg. 25261 Lic. 8500

esional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: LUZ MARINA BOLIVAR CALDERON

96

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 14:45**
Cargo: **TECNICO OPERATIVO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 08:45:28**

Yo LUZ MARINA BOLIVAR CALDERON, identificado con CC No. 21176894, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

Los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 21176894

En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

ormación General

a impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203107
ente:	JULIAN ALBERTO BOTERO ROMERO	CC:	86083643
d:	39 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
ero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
io:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
en:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
a Salida:	2023-11-14 11:17:10	Fecha Atención:	2023-11-14 10:03:07
:	ACACIAS		



ebas de Apoyo Diagnóstico

RACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
DIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
TOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
COLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

tificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A:APROBADO

comendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

con daciones Ocupacionales Preventivas

nitaciones o Restricciones

po Limitación:

bservación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. SO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE OSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. EPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA DESCASO VISUAL Y CON AR EN DEOTERMINALES 8. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 9. SEGUIMIENTO ANUAL POR AUDIOLOGIA EN SU EPS

torizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de ndiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de tección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos respondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.778.592
Reg. 23201 Lic. 4340

esional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: JULIAN ALBERTO BOTERO ROMERO

92

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 14:45**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 05:23:36**

Yo JULIAN ALBERTO BOTERO ROMERO, identificado con CC No. 86083643, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

[redacted]os términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARÍHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

Julian Botero

CC No 86083643

93

EQV
En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

ormación General

ha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020399
iente:	ALEXANDER . BUSTOS CARDONA	CC:	17417691
d:	49 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
ero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
go:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
en:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
a Salida:	2023-10-25 19:28:58	Fecha Atención:	2023-10-11 15:03:42
e:	ACACIAS		



uebas de Apoyo Diagnóstico

RACLINICOS
IDIOMETRIA
TOMETRIA
ICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

VACUNAS
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
- VACUNA TETANO

rtificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE DISMINUIR CONSUMO DE AZUCARES AÑADIDOS Y HARINAS, SEGUIMIENTO METABOLICO EN SU EPS 6. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

comendaciones Generales

- [ ] Ex[illegible] Periodico Ocupacional
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

comendaciones Ocupacionales Preventivas

mitaciones o Restricciones

ipo Limitación:

bservación: NINGUNA

utorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de ndiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de otección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos rrespondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

fesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
gistro M.D: 15834-2014

Firma del Paciente: ALEXANDER . BUSTOS CARDONA
Identificacion: CC. - 17417691

99

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 14:47**

Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**

Fecha de ingreso: **2023-09-27 05:12:38**

Yo ALEXANDER . BUSTOS CARDONA, identificado con CC No. 17417691, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

n los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 17417691

En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

formación General



cha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203145
ciente:	ZULLY ANDREA CASTRO CARDENAS	CC:	40440264
ad:	47 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
nero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
go:	SECRETARIO EJECUTIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
gen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
cha Salida:	2023-10-25 19:55:02	Fecha Atención:	2023-10-12 13:29:07
de:	ACACIAS		

uebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
UDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
PTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
SICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

rtificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

imitaciones o Restricciones

ipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. SE RECOMIENDA REALIZAR AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIAL Y CONTROL MEDICO CON RESULTADOS EN SU EPS

utorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de ondiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de rotección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos orrespondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos le EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.226.115.090
Reg. 23201 Lic. 4569

96

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 14:50**
Cargo: **SECRETARIO EJECUTIVO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 07:55:29**

Yo ZULLY ANDREA CASTRO CARDENAS, identificado con CC No. 40440264, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 40440264

97

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

formación General

cha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203167
ciente:	CARLOS ARMANDO CASTRO REYES	CC:	86058824
ad:	44 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
nero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
rgo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
igen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
cha Salida:	2023-10-26 10:48:01	Fecha Atención:	2023-10-10 14:17:42
de:	ACACIAS		



uebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
UDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
PTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		VACUNA TETANO
SICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

imitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA 8. AJUSTE DE FORMULA DE LENTES DE CORRECCION VISUAL

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.909
Reg. 23201 Dic. 2009

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 14:52**
Cargo: **TECNICO OPERATIVO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 08:48:34**

Yo CARLOS ARMANDO CASTRO REYES, identificado con CC No. 86058824, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

n los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 86058824

99

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203114
Paciente:	ALEX JULIAN HUMBERTO CEDIEL ROMERO	CC:	1022969382
Edad:	32 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Sénero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:31:53	Fecha Atención:	2023-10-10 17:08:26
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
- VACUNA TETANO

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS, HIPOGLUSIDA 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE VACUNACION AL DIA PARA COVID-19 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.778.500
Reg. 23201 Lic. 3419

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: ALEX JULIAN HUMBERTO CEDIEL ROMERO

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 14:53**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 05:31:51**

Yo ALEX JULIAN HUMBERTO CEDIEL ROMERO, identificado con CC No. 1022969382, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

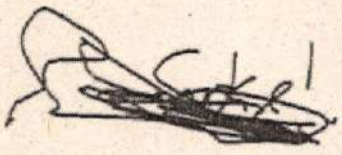
En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador



FIRMA

CC No 1022969382

En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Formación General



ha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203146
iente:	AURA CECILIA CHACON CARDENAS	CC:	23500512
ad:	43 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
nero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
go:	SECRETARIO EJECUTIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
gen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
ha Salida:	2023-10-25 19:55:38	Fecha Atención:	2023-10-10 15:45:43
de:	ACACIAS		

uebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
UDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
PTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
SICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

rtificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	PERMITIR CAMBISO POSTURALES A NCESEIDAD, EVITANDO POSTURAS MANTENIDAS EN SEDESTACION REALIZAR PAUSA ACTIVAS ENFASIS EN EXTREMIDADES
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] P s Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

imitaciones o Restricciones

ipo Limitación:

bservación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. SO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE IOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN RASAS, FRITOS Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL ERMANENTES

utorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de ondiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de rotección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos orrespondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos e EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 14:54**
Cargo: **SECRETARIO EJECUTIVO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 08:00:08**

Yo AURA CECILIA CHACON CARDENAS, identificado con CC No. 23500512, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD CUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 23500512

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General



echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203144
aciente:	LUZ EDIT CLAVIJO GUEVARA	CC:	21178287
dad:	53 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	SECRETARIO DE DESPACHO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rigen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echa Salida:	2023-10-25 19:52:54	Fecha Atención:	2023-10-11 15:47:05
ede:	ACACIAS		

ruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE, DISMINUIR CONSUMO DE AZUCARES AÑADIDOS Y HARINAS 6. USPO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES 7. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 8. SEGUIMIENTO PR AUDIOLOGIA EN SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

rofesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
egistro M.D: 15834-2014

Firma del Paciente: LUZ EDIT CLAVIJO GUEVARA
Identificacion: CC. - 21178287

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 14:55**
Cargo:	**SECRETARIO DE DESPACHO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 07:52:04**

Yo LUZ EDIT CLAVIJO GUEVARA, identificado con CC No. 21178287, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 21178287

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General

echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203112
aciente:	LADY JULIETH CONTRERAS SOLAQUE	CC:	1121842593
dad:	35 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rigen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echá Salida:	2023-11-08 11:45:46	Fecha Atención:	2023-11-08 11:37:33
ede:	ACACIAS		



ruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ec endaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.125.175.980
Reg. 23201 Lic. 2019

rofesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: LADY JULIETH CONTRERAS SOLAQUE

166

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 14:56**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 05:29:31**

Yo LADY JULIETH CONTRERAS SOLAQUE, identificado con CC No. 1121842593, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

Abeiro Martinez

CC No 1121842593

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



cha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203196
ciente:	LUZ MILA CUBILLOS SILVESTRE	CC:	21177321
ad:	54 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
nero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
rgo:	TESORERA GENERAL	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
igen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
cha Salida:	2023-10-27 14:51:41	Fecha Atención:	2023-10-10 10:14:37
de:	ACACIAS		

uebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
UDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
PTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
SICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] H e Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

uditiva: Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

imitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA 8. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 9. SEGUIMIENTO POR AUDIOLOGIA EN SU EPS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 14:57**
Cargo: **TESORERA GENERAL**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 10:16:28**

Yo LUZ MILA CUBILLOS SILVESTRE, identificado con CC No. 21177321, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 21177321

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203160
Paciente:	YAMEL . DIAZ OVIEDO	CC:	52312390
Edad:	47 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Dèstino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:57:12	Fecha Atención:	2023-10-10 19:50:45
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.057.775.090
Med. 23201 Lic. 8301

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201

Firma del Paciente: YAMEL . DIAZ OVIEDO
Identificacion: CC. - 52312390

110

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 14:58**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 08:33:31**

Yo YAMEL . DIAZ OVIEDO, identificado con CC No. 52312390, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 52312390

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203111
Paciente:	LEIDY VIVIANA DUQUE ROJAS	CC:	41242979
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:29:42	Fecha Atención:	2023-10-10 13:44:08
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL Y CON AR EN VIDEOTERMINALES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.070.713.580
Reg 23201 Lic. R300

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: LEIDY VIVIANA DUQUE ROJAS

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 14:58**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 05:26:12**

Yo LEIDY VIVIANA DUQUE ROJAS, identificado con CC No. 41242979, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 41242979

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General



echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203106
aciente:	IVAN HERNANDO FAJARDO	CC:	86086170
dad:	38 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rigen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echa Salida:	2023-10-31 13:24:16	Fecha Atención:	2023-10-30 14:21:53
ede:	ACACIAS		

ruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		VACUNA TETANO
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

ec endaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

r. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Reg. 23201 Lic. 8309

rofesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
egistro M.D: 23201
icencia S.O: 8309/2022

Firma del Paciente: IVAN HERNANDO FAJARDO
Identificacion: CC. - 86086170

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 14:59**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 05:20:41**

Yo IVAN HERNANDO FAJARDO ., identificado con CC No. 86086170, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 86086170

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General

echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203188
aciente:	SANDRA LLANELY FERIA MARIN	CC:	41241738
dad:	42 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echa Salida:	2023-11-01 08:45:07	Fecha Atención:	2023-10-12 15:30:34
ede:	ACACIAS		



ruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSI[redacted]OGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

☑ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☑ Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
☑ [redacted]ne Postural	☐ Remitir a EPS	

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN AZUCARES AÑADIDOS Y/O PROCESADOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA 8. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 9. SEGUIMIENTO POR AUDIOLOGIA E SU EPS 10. SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS POR PATOLOGIAS DE BASE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.985
Reg. 25261 Lic. 8309

Sandra Llanelly Feria Marin

116

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:01**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:51:49**

Yo SANDRA LLANELY FERIA MARIN, identificado con CC No. 41241738, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

sandra llanelly feria Mar

CC No 41241738

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020315 3
Paciente:	LUCY YOLANDA GUERRERO REYES	CC:	40428736
Edad:	51 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-15 13:09:49	Fecha Atención:	2023-11-15 09:55:46
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA 8. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 9. SEGUIMIENTO POR ORL EN SU EPS 10. SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS POR PATOLOGIAS DE BASE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.121.[illegible] T.P. [illegible]
Reg 23201 Lic. 8309

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:02**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 08:19:10**

Yo LUCY YOLANDA GUERRERO REYES, identificado con CC No. 40428736, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 40428736

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020392
Paciente:	JAIR FABIAN GUZMAN BERMUDEZ	CC:	17420162
Edad:	43 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Sénero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:26:02	Fecha Atención:	2023-10-10 09:43:40
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA Y CON AR EN VIDEOTERMINALES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.980
Reg. 23201 Lic. 8509

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: JAIR FABIAN GUZMAN BERMUDEZ

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:02**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 04:51:05**

Yo JAIR FABIAN GUZMAN BERMUDEZ, identificado con CC No. 17420162, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, què pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 17420162

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General



echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203117
aciente:	NATALIA ANDREA HERNANDEZ INFANTE	CC:	1122136998
dad:	28 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rigen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echa Salida:	2023-10-25 19:34:28	Fecha Atención:	2023-10-11 15:42:17
ede:	ACACIAS		

ruebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS
AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS
ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Re endaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE GAFAS POR ESFUERZO VISUAL EN EXPOSICION A VIDEOTERMINALES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.022.372.580
Reg. 23201 Lic. 2309

rofesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
egistro M.D: 23201

Firma del Paciente: NATALIA ANDREA HERNANDEZ INFANTE
Identificacion: CC. - 1122136998

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:03**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 05:39:44**

Yo NATALIA ANDREA HERNANDEZ INFANTE, identificado con CC No. 1122136998, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1122136998

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General



echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020313 9
aciente:	MARCO ANTONIO HERNANDEZ ORTIZ	CC:	17415003
dad:	54 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	SECRETARIO DE DESPACHO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echa Salida:	2023-11-27 08:28:07	Fecha Atención:	2023-11-25 07:55:38
ede:	ACACIAS		

ruebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS
AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

VACUNAS

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA 8. SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS POR ATLOGIAS DE BASE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC 1.121.921.775 SMZ
Reg 23201 Lic. R300

1824

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 15:04**
Cargo: **SECRETARIO DE DESPACHO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 06:46:21**

Yo MARCO ANTONIO HERNANDEZ ORTIZ, identificado con CC No. 17415003, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 17415003

PS

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General



echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203126
aciente:	ADRIANA MARIA HERNANDEZ PARRADA	CC:	21177662
dad:	54 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echa Salida:	2023-10-25 19:36:40	Fecha Atención:	2023-10-12 13:14:15
ede:	ACACIAS		

ruebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS
AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

VACUNAS

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.075.272.690
Reg 23201 Lic. 8409

rofesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: ADRIANA MARIA HERNANDEZ PARRADA

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:05**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:00:57**

Yo ADRIANA MARIA HERNANDEZ PARRADA, identificado con CC No. 21177662, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 21177662

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020389
Paciente:	JENNY MARCELA HERNANDEZ ROJAS	CC:	40431464
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:23:45	Fecha Atención:	2023-10-11 10:56:53
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA INICIAR ESQUEMA DE VACUNACION PARA COVID-19, SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LA MISMA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.480
Reg 25201 Liz. 8509

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:05**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 04:38:27**

Yo JENNY MARCELA HERNANDEZ ROJAS, identificado con CC No. 40431464, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 40431464

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203132
Paciente:	NAIDU INFANTE SIERRA	CC:	21177520
Edad:	55 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:39:41	Fecha Atención:	2023-10-11 15:30:11
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834-2014
Licencia S.O: 3441-2016

Firma del Paciente: NAIDU INFANTE SIERRA
Identificacion: CC. - 21177520

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 15:08**
Cargo: **SECRETARIO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 06:18:57**

Yo NAIDU 0 INFANTE SIERRA, identificado con CC No. 21177520, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 21177520

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020314 3
Paciente:	FABIO MARTIN JARA AGUDELO	CC:	17416264
Edad:	52 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO DE DESPACHO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-27 15:39:04	Fecha Atención:	2023-11-21 11:55:40
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA 8. SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS POR PATOLOGIAS DE BASE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Jr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.023.775.590
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: FABIO MARTIN JARA AGUDELO

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:09**
Cargo:	**SECRETARIO DE DESPACHO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 07:48:13**

Yo FABIO MARTIN JARA AGUDELO, identificado con CC No. 17416264, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador



CC No 17416264

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203121
Paciente:	ANDRES GIOVANNY LAYTON ALDANA	CC:	1010206810
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 17:44:08	Fecha Atención:	2023-10-18 14:38:45
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC. 1.054.676.980
Reg. 23201 Lic. 8400

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201

Firma del Paciente: ANDRES GIOVANNY LAYTON ALDANA
Identificacion: CC. - 1010206810

13

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:12**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 05:50:05**

Yo ANDRES GIOVANNY LAYTON ALDANA, identificado con CC No. 1010206810, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1010206810

1/1

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203136
Paciente:	DERLY YUFRID MARTINEZ MARTINEZ	CC:	40327241
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-30 07:05:05	Fecha Atención:	2023-10-20 11:32:38
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE HIPOSODICA 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VIDEOTERMINALES Y CON AR

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.026.275.396
Reg. 23201 Lic. 8302

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:14**
Cargo:	**SECRETARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:33:00**

Yo DERLY YUFRID MARTINEZ MARTINEZ, identificado con CC No. 40327241, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 40327241

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203127
Paciente:	GLORIA MARCELA MENDEZ CASTRO	CC:	1122124550
Edad:	34 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:38:13	Fecha Atención:	2023-10-12 14:22:24
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834-2014
Licencia S.O: 3441-2016

Firma del Paciente: GLORIA MARCELA MENDEZ CASTRO
Identificacion: CC. - 1122124550

136

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:15**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:03:38**

Yo GLORIA MARCELA MENDEZ CASTRO, identificado con CC No. 1122124550, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

Gloria Mendez Castro

CC No 1122124550

137

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203129
Paciente:	MARTHA GISELA MONTOYA HERRERA	CC:	1121858637
Edad:	34 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-01 08:41:39	Fecha Atención:	2023-10-31 10:02:13
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
- VACUNA TETANO

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	CONTINUAR CON DISMINUCION DE PESO CORPORAL
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. CONTINUAR CON DISMINUCION DEL PESO CORPORAL 8. VALORACION NUTRICIONAL EN SU EPS 9. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC 1.020.775.590
RM: 23201 Lic. 2509

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:16**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:09:11**

Yo MARTHA GISELA MONTOYA HERRERA, identificado con CC No. 1121858637, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1121858637

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha Impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203137
Paciente:	ELIZABETH . MORA ARIAS	CC:	21174269
Edad:	64 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:47:50	Fecha Atención:	2023-10-12 13:48:42
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. USO DE LENTES DE CORRECCION CERCANA 5. PACIENTE CON ANTECEDENTE OSTEOMUSCULAR DE ORIGEN LABORAL EL CUAL DEBE CONTINUAR CON RECOMENDACIONES MEDICAS Y SEGUIMIENTO EN SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	EVITAR REALIZAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE MMSS, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, INTERCAMBIAR ACTIVIDADES CON AMBOS MIEMBROS SUPERIORES
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0

Firma del Paciente: ELIZABETH . MORA ARIAS

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:16**
Cargo:	**SECRETARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:36:13**

Yo ELIZABETH . MORA ARIAS, identificado con CC No. 21174269, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

Elizabeth Mora Arias.

CC No 21174269

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203138
Paciente:	MARIA PAULA NOVOA VANEGAS	CC:	1122131558
Edad:	31 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO DE DESPACHO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-09 11:01:27	Fecha Atención:	2023-11-09 10:50:44
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	DEBE REALIZARCE NUEVO CONTROL METABOLICO DE PERFIL LIPIDICO EN SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	PERMITIR CAMBIOS POSTURALES A NECESIDAD
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. DEBE REALIZARCE NUEVO CONTROL METABOLICO DE PERFIL LIPIDICO EN SU EPS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.560
Reg. 23201 Lic. 8300

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: MARIA PAULA NOVOA VANEGAS

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:17**
Cargo:	**SECRETARIO DE DESPACHO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:39:14**

Yo MARIA PAULA NOVOA VANEGAS, identificado con CC No. 1122131558, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1122131558

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203133
Paciente:	OLGA LUCIA OLARTE MORALES	CC:	21177995
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:42:19	Fecha Atención:	2023-10-10 15:31:45
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	2. APROBADO OSTEOMUSCULAR, CON RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ENFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES CADA 2 HORAS EN DIGITACION CONTINUA
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1120...
Reg. 23264 Lic. ...

Olga Lucia Olarte M.

144

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:18**
Cargo:	**SECRETARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:23:16**

Yo OLGA LUCIA OLARTE MORALES, identificado con CC No. 21177995, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

Olga Lucia Olarte M.

CC No 21177995

145

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General



echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203156
aciente:	JHON HENRY ORJUELA GAMBA	CC:	93379752
dad:	54 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rigen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echa Salida:	2023-11-27 08:41:04	Fecha Atención:	2023-11-25 08:27:40
ede:	ACACIAS		

ruebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
UDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
PTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
SICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] e Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

imitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES 8. USO DE ADECUADA PROTECCION AUDITIVA EN AREAS DE EXPOSICION A RUIDO 9. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 10. SEGUIMIENTO POR ORL Y AUDIOLOGIA EN SU EPS 11. DEBE REALIZARCE NUEVO CONTROL METABOLICO DE PERFIL LIPIDICO EN SU EPS

utorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de ondiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de rotección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos orrespondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos le EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

1/6

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 15:19**
Cargo: **TECNICO OPERATIVO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 08:24:03**

Yo JHON HENRY ORJUELA GAMBA, identificado con CC No. 93379752, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 93379752

197

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General

cha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203182
ciente:	CARLOS DIDIER ORTIZ TAPASCO	CC:	1122125730
lad:	33 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
rgo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Ígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
cha Salida:	2023-10-26 17:47:47	Fecha Atención:	2023-10-09 10:03:46
de:	ACACIAS		



uebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS
UDIOMETRIA
PTOMETRIA
SICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS
ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
VACUNA TETANO
VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ec ndaciones Ocupacionales Preventivas

imitaciones o Restricciones

ipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 8. SEGUIMIENTO ANUEAL POR AUDIOMETRIA EN SU EPS

utorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de ondiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de rotección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos orrespondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos le EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.015.415.599
Reg. 23201 Lic. 2010

ofesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
egistro M.D: 23201

Firma del Paciente: CARLOS DIDIER ORTIZ TAPASCO
Identificacion: CC. - 1122125730

1/2

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:21**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:38:21**

Yo CARLOS DIDIER ORTIZ TAPASCO, identificado con CC No. 1122125730, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1122125730

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General

echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203168
aciente:	MARIO ANDRES OSPINA ARANGO	CC:	1122120796
dad:	35 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echa Salida:	2023-10-26 10:50:31	Fecha Atención:	2023-10-09 10:44:24
ede:	ACACIAS		



ruebas de Apoyo Diagnóstico

'ARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		VACUNA TETANO
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICA EN SU EPS.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	DEBE REALIZARCE NUEVO CONTROL METABOLICO PRIORITARIO DE PERFIL LIPIDICO EN SU EPS VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES 8. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 9. AUDIOMETRIA ANUAL EN SU EPS 10. DEBE REALIZARCE NUEVO CONTROL METABOLICO DE PERFIL LIPIDICO EN SU EPS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.069.172.980
Reg. 25201 Lic. 8430

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:21**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 08:51:56**

Yo MARIO ANDRES OSPINA ARANGO, identificado con CC No. 1122120796, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

Mario Andres Ospina A

CC No 1122120796

51

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

nformación General



echa impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203176
aciente:	MONICA DEL PILAR PARDO ALGARRA	CC:	52714477
dad:	44 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
énero:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
argo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
rigen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
echa Salida:	2023-10-26 13:42:27	Fecha Atención:	2023-10-11 14:11:40
ede:	ACACIAS		

ruebas de Apoyo Diagnóstico

'ARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		VACUNA TETANO
SICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		

ertificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN 8. EJERCICOS DE VACIMIENTO VENOSO 9. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA 10. SEGUIMIENTO ANUAL POR AUDIOLOGIA EN SU EPS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.591
Reg. 23201 Lic. 8309

Monica Pardo Algarra

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:22**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:24:03**

Yo MONICA DEL PILAR PARDO ALGARRA, identificado con CC No. 52714477, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

n los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 52714477

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

cha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203131
ciente:	FABIO PARRA CAMACHO	CC:	74371851
ad:	48 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
nero:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
rgo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
ígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
cha Salida:	2023-10-31 13:25:09	Fecha Atención:	2023-10-27 09:58:35
de:	ACACIAS		



uebas de Apoyo Diagnóstico

ARACLINICOS
UDIOMETRIA
PTOMETRIA
SICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

VACUNAS
ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
VACUNA TETANO

rtificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

ecomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

ecomendaciones Ocupacionales Preventivas

imitaciones o Restricciones

ipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES 8. SE RECOMIENDA REALIZAR AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIAL Y CONTROL MEDICO CON RESULTADOS EN SU EPS

utorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de ondiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de rotección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos orrespondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos e EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.095
Reg. 23201 Lic. 4502

ofesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: FABIO PARRA CAMACHO

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:23**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:12:06**

Yo FABIO 0 PARRA CAMACHO, identificado con CC No. 74371851, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 74371851

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020310 3
Paciente:	GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL	CC:	1022334602
Edad:	36 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:30:32	Fecha Atención:	2023-10-10 15:01:44
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		VACUNA TETANO
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.065.575.982
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201

Firma del Paciente: GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL
Identificacion: CC. - 1022334602

136

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:24**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 05:17:41**

Yo GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL, identificado con CC No. 1022334602, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, cornpilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

FIRMA

CC No 1022334602

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203140
Paciente:	BERTHA AMANDA PERILLA VILLAMIL	CC:	21176805
Edad:	57 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO DE DESPACHO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:50:07	Fecha Atención:	2023-10-12 09:17:12
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1020 775 690
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201

Firma del Paciente: BERTHA AMANDA PERILLA VILLAMIL
Identificacion: CC. - 21176805

18

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:25**
Cargo:	**SECRETARIO DE DESPACHO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:53:07**

Yo BERTHA AMANDA PERILLA VILLAMIL, identificado con CC No. 21176805, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 21176805

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203169
Paciente:	MARTHA ELENA PINZON FORERO	CC:	21177164
Edad:	62 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-31 13:27:07	Fecha Atención:	2023-10-31 10:49:30
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. SEGUIMEINTO MEDICO EN SU EPS POR PATOLOGIAS DE BASE 8. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.490
Reg. 23201 Lic. 8300

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: MARTHA ELENA PINZON FORERO

160

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 15:25**
Cargo: **TECNICO OPERATIVO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 08:54:36**

Yo MARTHA ELENA PINZON FORERO, identificado con CC No. 21177164, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 21177164

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203141
Paciente:	MAGDA MILENA PINZON LEON	CC:	40433837
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO DE DESPACHO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-24 10:37:41	Fecha Atención:	2023-10-24 10:25:14
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICA EN SU EPS.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	POR HALLAZGOS EN PARCIAL DE ORINA SE INDICA CONTROL EN SU EPS PARA DEFINIR MANEJO MEDICO VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES 8. USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN 9. EJERCICOS DE VACIMIENTO VENOSO

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1020 775 [illegible]
SSO 23201 Lic 5300

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:26**
Cargo:	**SECRETARIO DE DESPACHO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:56:25**

Yo MAGDA MILENA PINZON LEON, identificado con CC No. 40433837, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 40433837

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203134
Paciente:	SANDRA PATRICIA QUEVEDO CASTRO	CC:	40428596
Edad:	50 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:44:04	Fecha Atención:	2023-10-09 09:49:18
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA Y CON AR EN VIDEOTEMRINALES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.774.580
RMP. 23201 Lic. 8309

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:28**
Cargo:	**SECRETARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 06:26:15**

Yo SANDRA PATRICIA QUEVEDO CASTRO, identificado con CC No. 40428596, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 40428596

165

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203119
Paciente:	JOSE RICARDO QUINTIN GUTIERREZ	CC:	1122127693
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-09 15:39:25	Fecha Atención:	2023-11-02 10:11:31
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.120.175.980
Reg. 23201 Lic. 8300

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201

Firma del Paciente: JOSE RICARDO QUINTIN GUTIERREZ
Identificacion: CC. - 1122127693

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:29**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 05:47:13**

Yo JOSE RICARDO QUINTIN GUTIERREZ, identificado con CC No. 1122127693, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1122127693

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203181
Paciente:	SANIN QUIÑONES ROJAS	CC:	17326847
Edad:	59 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 17:43:13	Fecha Atención:	2023-10-10 16:00:07
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR·
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES 8. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 9. SEGUIMIENTO AUDIOOLOGIA EN SU EPS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Jr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.075.215.980
RM° 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: SANIN QUIÑONES ROJAS

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:29**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:35:36**

Yo SANIN 0 QUIÑONES ROJAS, identificado con CC No. 17326847, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 17326847

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020317 5
Paciente:	MILTON . RIVERA GUEVARA	CC:	86062741
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 13:38:01	Fecha Atención:	2023-10-10 16:07:45
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN 8. EJERCICOS DE VACIMIENTO VENOSO 9. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA 10. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 11. SEGUIMIENTO POR AUDIOLOGIA EN SU EPS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.590
Reg. 23201 Lic. 8309

116

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 15:30**
Cargo: **TECNICO OPERATIVO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 09:20:53**

Yo MILTON . RIVERA GUEVARA, identificado con CC No. 86062741, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 86062741

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203151
Paciente:	WILLIAM FERNANDO RIVERA PINZON	CC:	17415221
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-27 14:36:08	Fecha Atención:	2023-10-12 13:30:55
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE, DISMINUIR CONSUMO DE AZUCARES AÑADIDOS Y HARINAS, SEGUIMIENTO DE PERFIL LIPIDICO EN SU EPS, 6. VALORACION POR CIRUGIA GENERAL EN SU EPS, NO RESTRICTIVO PARA LA ACTIVIDAD LABORAL
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Higiene Postural
- [x] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0

Firma del Paciente: WILLIAM FERNANDO RIVERA PINZON

179

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:31**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 08:16:17**

Yo WILLIAM FERNANDO RIVERA PINZON, identificado con CC No. 17415221, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 17415221

13

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020311 8
Paciente:	JORGE ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ	CC:	1072072058
Edad:	37 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-27 14:33:29	Fecha Atención:	2023-10-10 14:07:54
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.024.478.580
Reg. 23201 Lic. 8349

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Registro M.D: 23201

Firma del Paciente: JORGE ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ

Identificacion: CC. - 1072072058

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha: **ACACIAS - 05/06/2024 15:31**
Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa: **MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso: **2023-09-27 05:42:18**

Yo JORGE ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ, identificado con CC No. 1072072058, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1072072058

175

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203187
Paciente:	FABIOLA . RODRIGUEZ PRADA	CC:	40355790
Edad:	56 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-27 14:49:45	Fecha Atención:	2023-10-12 14:06:25
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE, DISMINUIS CONSUMO DE AZUCARES AÑADIDOS Y HARINAS, SEGUIMIENTO DE COELSTEROL EN SU EPS 6. SEGUIMIENTO EN SU EPS POR PATOLOGIAS DE BASE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA 8. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 9. SEGUIMIENTO ANUAL POR AUDIOLOGIA EN SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0

Firma del Paciente: FABIOLA . RODRIGUEZ PRADA

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:32**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:49:10**

Yo FABIOLA . RODRIGUEZ PRADA, identificado con CC No. 40355790, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

Fabiola Rodriguez P.

CC No 40355790

177

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230927020388
Paciente:	RICARDO . RONDON RODRIGUEZ	CC:	17353863
Edad:	57 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-09 15:40:37	Fecha Atención:	2023-10-12 15:49:47
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE, DISMINUIR CONSUMO DE AZUCARES AÑADIDOS Y HARINAS. 6. ACTUALIZAR FORMULA DE CORRECCION VISUAL 7. SE RECOMIENDA REPETIR EKG EN SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] [redacted]men Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:35**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 04:33:57**

Yo RICARDO . RONDON RODRIGUEZ, identificado con CC No. 17353863, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

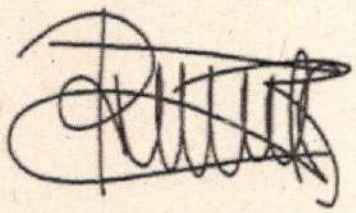
En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador



CC No 17353863

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203162
Paciente:	MARIA FERNANDA SABOGAL ORTIZ	CC:	1122128847
Edad:	32 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-25 19:59:25	Fecha Atención:	2023-10-10 14:25:26
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS

AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO

UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
VACUNA TETANO
VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS Y HARINAS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.121.775.980
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201
Licencia S.O: 8309/2022

Firma del Paciente: MARIA FERNANDA SABOGAL ORTIZ
Identificacion: CC. - 1122128847

180

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:36**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 08:42:05**

Yo MARIA FERNANDA SABOGAL ORTIZ, identificado con CC No. 1122128847, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1122128847

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha Impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203171
Paciente:	RUBY ALEJANDRA SALCEDO CASTIBLANCO	CC:	52487262
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-12-11 11:45:58	Fecha Atención:	2023-10-11 15:16:47
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
- VACUNA TETANO

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS POR PATOLOGIA DE BASE

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.094.175.660
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: RUBY ALEJANDRA SALCEDO CASTIBLANCO

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:37**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:00:12**



Yo RUBY ALEJANDRA SALCEDO CASTIBLANCO, identificado con CC No. 52487262, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

n los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 52487262

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203173
Paciente:	ALBA JANETH SARMIENTO DIAZ	CC:	30081382
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-27 14:47:35	Fecha Atención:	2023-10-11 14:52:41
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
- VACUNA TETANO

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE, DISMINUIR CONSUMO DE AZUCARES AÑADIDOS Y HARINAS, SEGUIMIENTO METABOLICO EN SU EPS 6. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834-2014

Firma del Paciente: ALBA JANETH SARMIENTO DIAZ
Identificacion: CC, - 30081382

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:37**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:06:34**



Yo ALBA JANETH SARMIENTO DIAZ, identificado con CC No. 30081382, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 30081382

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203179
Paciente:	LEIDY DIANA URIBE RINCON	CC:	40434116
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 17:41:03	Fecha Atención:	2023-10-10 15:21:47
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.120.572.502
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201
Licencia S.O: 8309/2022

Diana Uribe

Firma del Paciente: LEIDY DIANA URIBE RINCON
Identificacion: CC. - 40434116

196

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:38**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:31:19**

Yo LEIDY DIANA URIBE RINCON, identificado con CC No. 40434116, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

Diana Uribe

CC No 40434116

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203174
Paciente:	LEIDY CAROLINA VEGA BAQUERO	CC:	40215708
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 13:37:16	Fecha Atención:	2023-10-11 15:13:18
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS

AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO

UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
VACUNA TETANO

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE, DISMINUIR CONSUMO DE AZUCARES AÑADIDOS Y HARINAS,
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834-2014
Licencia S.O: 3441-2016

Firma del Paciente: LEIDY CAROLINA VEGA BAQUERO
Identificacion: CC. - 40215708

198

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:41**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:31:19**

Yo LEIDY DIANA URIBE RINCON, identificado con CC No. 40434116, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

Diana Uribe

CC No 40434116

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309270203184
Paciente:	JAIRO HUMBERTO VIDALES MENDEZ	CC:	17417309
Edad:	49 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-09 15:41:57	Fecha Atención:	2023-11-01 09:10:22
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA Y CON AR EN VIDEOTERMINALES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.990
Reg. 23201 Lic. 8309

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:42**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-27 09:42:08**

Yo JAIRO HUMBERTO VIDALES MENDEZ, identificado con CC No. 17417309, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

n los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 17417309

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	202309280203175
Paciente:	LICET . BAUTISTA MORALES	CC:	1122122497
Edad:	35 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO
Cargo:	SECRETARIO DE DESPACHO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-09-29 10:49:57	Fecha Atención:	2023-09-29 10:42:17
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO:	SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO NI ESTUDIOS DE ENFERMEDAD LABORAL POR LO TANTO, DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO LABORAL ES SATISFACTORIO PARA SU RETIRO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Continuar Manejo Medico
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.775.590
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201
Licencia S.O: 8309/2022

Firma del Paciente: LICET . BAUTISTA MORALES
Identificacion: CC. - 1122122497

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:45**
Cargo:	**SECRETARIO DE DESPACHO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-28 09:32:00**

Yo LICET . BAUTISTA MORALES, identificado con CC No. 1122122497, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO

Firma del Trabajador

CC No 1122122497

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230930020378
Paciente:	ANGELA YINED ABELLO RAMOS	CC:	1122120423
Edad:	36 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 17:50:51	Fecha Atención:	2023-10-12 13:37:48
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Colegio 73.980
Reg. 23201 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201
Licencia S.O: 8309/2022

Angela Abello Ramos

Firma del Paciente: ANGELA YINED ABELLO RAMOS
Identificacion: CC. - 1122120423

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:46**
Cargo:	**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-30 06:58:12**

Yo ANGELA YINED ABELLO RAMOS, identificado con CC No. 1122120423, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

Angela Abello Ramos

CC No 1122120423

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230930020380
Paciente:	YANETH . BENITEZ CELIS	CC:	52619547
Edad:	52 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	SECRETARIO DE DESPACHO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 17:53:10	Fecha Atención:	2023-10-12 14:30:39
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. SEGUIMIENTO POR PROGRAMA DE CRONICOS EN SU EPS 7. CONTROL POR AUDIOLOGIA EN SU EPS 8. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 9. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834-2014

Firma del Paciente: YANETH . BENITEZ CELIS
Identificacion: CC. - 52619547

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:47**
Cargo:	**SECRETARIO DE DESPACHO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-30 07:04:16**

Yo YANETH . BENITEZ CELIS, identificado con CC No. 52619547, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

En los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Firma del Trabajador

CC No 52619547

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230930020381
Paciente:	GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ	CC:	53074227
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 17:55:11	Fecha Atención:	2023-10-10 16:27:06
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICA EN SU EPS.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE SUGIERE NUEVO CONTROL DE UROANALISIS EN SU EPS VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA Y CON AR EN VIDEOTERMINALES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.c. 1.026.175.890
Reg. 23201 Lic. 8400

198

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:48**
Cargo:	**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-30 07:09:40**

Yo GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ, identificado con CC No. 53074227, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 53074227

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230930020382
Paciente:	MAURICIO . MANRIQUE CARDENAS	CC:	74379558
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Cargo:	SECRETARIO DE DESPACHO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-11-27 08:41:47	Fecha Atención:	2023-10-31 09:16:40
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO:	EL ASPIRANTE ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CARGO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. DISMINUCION DEL PESO CORPORAL 8. VALORACION NUTRICIONAL EN SU EPS 9. DEBE REALIZARCE NUEVO CONTROL METABOLICO DE PERFIL LIPIDICO EN SU EPS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.024.175.990
Reg. 23264 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: MAURICIO . MANRIQUE CARDENAS

200

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:50**
Cargo:	**SECRETARIO DE DESPACHO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-30 07:17:07**

Yo MAURICIO . MANRIQUE CARDENAS, identificado con CC No. 74379558, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 74379558

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230930020383
Paciente:	MARIA ANGELICA PARRADO PUENTE	CC:	1116548694
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 17:55:46	Fecha Atención:	2023-10-12 15:15:42
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
- VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834-2014
Licencia S.O: 3441-2016

Firma del Paciente: MARIA ANGELICA PARRADO PUENTE
Identificacion: CC. - 1116548694

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:51**
Cargo:	**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-30 07:27:05**

Yo MARIA ANGELICA PARRADO PUENTE, identificado con CC No. 1116548694, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

n los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1116548694

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230930020384
Paciente:	DALSEIR FABIAN REY RAMIREZ	CC:	1122128614
Edad:	32 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-31 13:30:16	Fecha Atención:	2023-10-31 10:30:29
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
- AUDIOMETRIA
- OPTOMETRIA
- PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD
- VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.120.178.591
Reg. 23201 Lic. 4340

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201

Firma del Paciente: DALSEIR FABIAN REY RAMIREZ
Identificacion: CC. - 1122128614

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:52**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-30 07:31:36**

Yo DALSEIR FABIAN REY RAMIREZ, identificado con CC No. 1122128614, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD VACUNA TETANO
- VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1122128614

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230930020387
Paciente:	ADRIANA MILENA ROMERO MENDEZ	CC:	40432949
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 17:58:11	Fecha Atención:	2023-10-12 15:12:25
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.098.713.599
Reg. 23261 Lic. 8349

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Firma del Paciente: ADRIANA MILENA ROMERO MENDEZ

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:53**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-30 07:44:03**

Yo ADRIANA MILENA ROMERO MENDEZ, identificado con CC No. 40432949, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

n los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 40432949

"En equipo cuidamos tu vida"

No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/06/05	Nro Ingreso:	20230930020388
Paciente:	LINA MARCELA RUIZ VARGAS	CC:	1122131276
Edad:	31 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	TECNICO OPERATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2023-10-26 18:00:12	Fecha Atención:	2023-10-09 10:34:16
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA		
OPTOMETRIA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)		
PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VACUNACION AL DIA PARA COVID-19, SE RECOMIENDA REALIZAR DOSIS DE REFUERZO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ACATAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD IMPARTIDAS Y LAS EXPLICADAS EN CONSULTA FRENTE A COVID-19 5. ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN GRASAS, FRITOS, HARINAS Y EMBUTIDOS 6. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 7. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.020.778.580
Reg. 23201 Lic. 1500

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 23201

Firma del Paciente: LINA MARCELA RUIZ VARGAS
Identificacion: CC. - 1122131276

"En equipo cuidamos tu vida"

SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO ADMISIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad y Fecha:	**ACACIAS - 05/06/2024 15:54**
Cargo:	**TECNICO OPERATIVO**
Empresa:	**MUNICIPIO DE ACACIAS**
Fecha de ingreso:	**2023-09-30 07:49:29**

Yo LINA MARCELA RUIZ VARGAS, identificado con CC No. 1122131276, Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

los términos de la Ley 1581 de 2012 , manifiesto expresamente que autorizo, de manera libre, previa y voluntaria a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, a dar el tratamiento de los datos suministrados por mí a través de este formulario, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución prestadora de servicios de salud, pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento y/o transferir a terceros y disponer de los datos y en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

certifico que la información suministrada en la consulta medica ocupacional es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi, que pueda afectar mi desempeño en las tareas de alto riesgo en la cual por mi actividad laboral o cargo a desempeñar, estaré involucrado

Igualmente autorizo expresamente a EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS - IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ
- CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA
- DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)
- GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
- APLICACION PRUEBA VALANTI

Firma del Trabajador

CC No 1122131276